12. V. 139

Dr. Higginson

DEPOSITED IN
BOSTON MEDICAL LIBRARY,
BY
HARVARD COLLEGE.
LIBRARY.

Dr. Nüglesmith

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

ET

DE LEUR TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE.

CHEZ LES MÊMES ÉDITEURS.

TRAVAUX DU DOCTEUR LÉON SIMON FILS.

Des rapports de la théorie des crises et des jours critiques avec les principes et la thérapeutique de l'homœopathie, *Mémoire couronné par le congrès homœopathique de Bordeaux.* Paris, 1856, in-8, 46 p..... 1 fr.

— **L'Homœopathie** sans l'allopathie, lettre à M. le docteur Félix Andry. Paris, 1856, in-8 de 38 pages..... 1 fr.

— **Thérapeutique homœopathique des maladies des enfants,** par le docteur F. Hartmann, traduit de l'allemand par le docteur Léon Simon fils. Paris, 1853. 1 vol. in-8 de 600 pages.. 8 fr.

Guide du médecin homœopathe au lit du malade et répertoire de thérapeutique homœopathique, par le docteur B. Hirschel. Traduit de l'allemand par le docteur Léon Simon fils. Paris, 1858, in-12, xi, 331 p..... 3 fr. 50

TRAVAUX DU DOCTEUR LÉON SIMON PÈRE.

Lettre à M. le Ministre de l'instruction publique, en réponse au jugement de l'Académie royale de médecine sur la doctrine homœopathique, au nom de l'Institut homœopathique de Paris. Paris, 1835, in-8, 64 p..... 1 fr. 50.

— **Leçons de médecine homœopathique.** Paris, 1836, in-8, 536 p..... 8 fr.

— **Mémoire sur les maladies scrofuleuses.** Paris, 1836, in-8.

— **Lettre à MM. les Membres de la Faculté de médecine de Paris,** en réponse aux attaques dirigées contre la doctrine homœopathique dans la séance solennelle de la Faculté, du 3 novembre 1842. Paris, 1843, in-8, 126 p..... 1 fr. 50

— **Du choléra morbus épidémique,** de son traitement préventif et curatif, selon la méthode homœopathique. Rapport publié par la Société hahnemannienne de Paris. Paris, 1848, in-8 de 94 pages. 1 fr.

— **Exposition de la Doctrine médicale homœopathique,** ou Organon de l'art de guérir, par S. Hahnemann; traduit de l'allemand, sur la dernière édition, par le docteur A. J. L. Jourdan. *Quatrième édition,* augmentée de Commentaires par le docteur Léon Simon père, précédée d'une Notice sur la vie et les travaux de S. Hahnemann, accompagnée d'un portrait gravé sur acier. Paris, 1856, in-8, xlviii, 568 p. 8 fr.

Corbeil, typog. et stéréot. de Crété.

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

ET

DE LEUR TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE

PAR

M. LÉON SIMON Fils,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Membre titulaire de la Société médicale homœopathique de France,
Membre correspondant de la Société hahnemannienne de Madrid,
de l'Académie homœopathique de Palerme,
de l'Académie médicale homœopathique du Brésil,
de la Société néerlandaise de médecine homœopathique,
de la Société de pharmacodynamie homœopathique de Bruxelles.

PARIS

J. B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19

LONDRES
HIP. BAILLIÈRE, REGENT-STREET, 219

NEW-YORK
BAILLIÈRE BROTHERS, BROADWAY, 440

A MADRID, BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11

1860

1680

CATALOGUED.
E. J. C.

PRÉFACE

L'étude des maladies vénériennes intéresse le médecin homœopathe à plus d'un titre. Point de départ de la doctrine des maladies chroniques, elle se rattache aux problèmes les plus élevés de la science et aux détails les plus minutieux de la pratique. Elle nous permet aussi de soumettre la doctrine de Hahnemann à une épreuve décisive, en montrant, pour un groupe d'états morbides bien limité, jusqu'à quel point l'homœopathie s'accorde avec les vérités démontrées, jusqu'à quel point aussi elle est capable de rectifier les solutions douteuses.

Pour établir ce jugement, il suffit d'appliquer à la syphilographie les principes enseignés par Hahne-

mann, exposés dans l'*Organon*, précisés et justifiés dans les *Commentaires* ajoutés à la dernière édition de cet ouvrage : tel est le but du traité que je publie.

L'objet même de ce travail indique sa division. Deux parties le composent : l'une, consacrée à l'examen des questions de pathologie et de thérapeutique générales soulevées par les syphilographes; l'autre, à la description de chaque état morbide et à l'indication des médicaments capables d'en triompher.

En pathologie générale, l'homœopathie n'accepte point les tendances des écoles régnantes. Celles-ci veulent faire de la syphilis une maladie à part, ayant ses caractères et ses lois, et cela parce qu'elle échappe à l'influence de la médecine rationnelle pour céder à l'action des spécifiques. Les hommes qui ont consacré leur talent et leur zèle à l'étude de cette diathèse, font de sa pratique une spécialité.

Pour Hahnemann la syphilis n'est point une exception, c'est un *type*. Ce type est celui auquel il convient de rapporter les maladies chroniques, qui

mériteraient, en conséquence, le titre de maladies virulentes. Toute cette grande classe de souffrances devant être combattue d'après les mêmes principes, la syphilis cesse de faire une exception ; elle ne peut plus être une spécialité.

En se plaçant à ce point de vue, on est en face d'un double problème, dont l'examen forme toute la première partie de cet ouvrage. Pour le résoudre, il était important de le diviser. Aussi, après avoir recherché, dans un premier chapitre, quel était le sens exact de ces deux expressions : *syphilis* et *maladies vénériennes ;* après avoir exposé les notions des anciens et des auteurs du moyen âge, relativement à ces affections ; après avoir résumé les doctrines qui se partagent aujourd'hui les préférences des médecins : celle de Hunter, celle de Hahnemann, celle de M. Ricord, ai-je consacré tout un chapitre à rechercher les caractères généraux de ce type des maladies virulentes et spécifiques, *la Syphilis.*

Ce premier soin rempli, il fallait savoir si la blennorrhagie et les végétations étaient aussi l'effet de l'infection de l'organisme par un virus ; si, de plus, il convenait de les considérer comme spécifiques, ou

s'il fallait les regarder comme les effets différents d'une même cause. L'examen de ces questions fait le sujet du troisième chapitre, qui est consacré à l'étude de la blennorrhagie, et celui du quatrième, qui a été réservé à la sycose.

Un fait ressort de ces études pathologiques : c'est que l'homœopathie, pour ce qui regarde les maladies vénériennes, se rattache d'une manière étroite à la tradition; qu'elle ne repousse aucune des découvertes sérieuses de la science moderne; qu'elle peut, au contraire, les utiliser et les expliquer; mais qu'elle se sépare nettement des doctrines passées et des théories régnantes dans ce que celles-ci ont de contestable et d'hypothétique. N'est-ce pas là une preuve nouvelle, irréfragable, de la vérité de la doctrine de Hahnemann ?

Mais il n'a point suffi au fondateur de l'homœopathie d'accepter la tradition ; il a eu le bonheur de la compléter. Tandis que les syphilographes proclament l'utilité des spécifiques, sans pouvoir dire comment on les reconnaît, Hahnemann précise davantage le sens qu'il convient d'attacher à ce mot ;

et, pour nous diriger dans la recherche de cet ordre de médicaments, il indique la loi des semblables, appuyée, d'une part, sur l'expérimentation pure, de l'autre, sur le principe d'individualisation absolue des maladies.

En présence de ce fait, il devenait nécessaire de consacrer un dernier chapitre à l'étude de la thérapeutique générale des maladies vénériennes, chapitre qui devait comprendre la prophylaxie, la syphilisation, le traitement curatif homœopathique : c'est-à-dire le choix du médicament, son mode d'administration, l'emploi des moyens auxiliaires et le régime.

La seconde partie du livre que je publie est consacrée tout entière à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique spéciales. La description des formes morbides, qu'il est permis de rapporter à chacune des grandes diathèses précédemment reconnues, y a été donnée avec tout le détail nécessaire ; le traitement homœopathique y est tracé avec toutes ses indications. On ajoutera certainement, dans la suite, au nombre des affections que j'ai dû passer en revue ; mais il était nécessaire, en ce moment, de me bor-

ner à celles qui appartiennent sans conteste à chaque virus. Ici encore la syphilis a été étudiée la première (chapitre Ier) ; puis vient la blennorrhagie (chapitre II) ; enfin, la sycose (chapitre III).

Quand on entre ainsi sur le terrain de la pratique, il est quelquefois utile de joindre l'exemple au précepte ; aussi n'ai-je point négligé de citer plusieurs observations. Cependant, comme il ne s'agissait point ici d'un traité de clinique, j'ai cru devoir être très-sobre de ces sortes de communications, et me borner à rapporter les faits qui se rattachaient directement à mon sujet.

Il suffit de parcourir le programme qui précède pour juger des difficultés que j'ai dû rencontrer sur mon chemin. Si je les rappelle, c'est qu'elles seules peuvent faire excuser les imperfections de ce travail, imperfections que je n'essaie nullement de dissimuler.

Je l'avouerai même sans détour : devant marcher dans une voie encore inexplorée, j'aurais hésité à m'imposer une tâche aussi lourde, si je n'avais pu

prendre pour guide une doctrine médicale nettement définie ; si je n'avais eu, pour me diriger, de sages et paternels conseils ; s'il ne m'avait été possible de contrôler les résultats de mon observation personnelle par les résultats d'une expérience beaucoup plus vaste, riche patrimoine auquel je puis emprunter chaque jour.

Mon but sera complétement atteint, si, en profitant de tous ces avantages, j'ai pu écrire un livre utile aux progrès de l'homœopathie et digne de l'École médicale à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir.

Dr Léon Simon fils.

Paris, 1er juin 1860.

DES

MALADIES VÉNÉRIENNES

ET DE

LEUR TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE.

PREMIÈRE PARTIE

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales.

§ I.

On désigne sous le nom de maladies *vénériennes* ou *syphilitiques* des affections virulentes, dont les formes primitives, essentiellement contagieuses, sont contractées le plus souvent pendant les rapports sexuels, et occupent, pour cette raison, les organes génitaux de l'homme et de la femme.

Ces expressions sont d'origine moderne. Les médecins de la Grèce et de Rome, ceux du moyen âge n'ont jamais parlé de syphilis. Créées au commencement du seizième siècle, ces dénominations servirent tout d'abord à indiquer une maladie qui venait d'être observée, en Europe, et qui inspirait

aux médecins et aux malades un trop juste effroi.

Cette maladie avait paru au moment où Christophe Colomb rentrait en Espagne, après son premier voyage en Amérique, au moment aussi où les armées de Charles VIII envahissaient l'Italie. Cette coïncidence fit que chaque peuple accusa son ennemi; elle porta les médecins et les malades à donner à la syphilis des noms divers. Les Espagnols prétendirent avoir puisé le mal en Amérique, et les habitants du Nouveau-Monde soutinrent que leurs conquérants leur avaient apporté ces nouvelles souffrances en même temps que les chaînes de la servitude; les Français accusèrent les Napolitains; et ceux-ci, nos compatriotes. De là les noms de *mal américain, mal espagnol, mal de Naples, mal français,* dont les médecins firent d'abord usage. De toutes ces dénominations celle de *morbus gallicus* fut la plus populaire, la plus généralement employée.

Le mal français, à son origine, parut être épidémique. Mais après plusieurs années d'observation, lorsque son intensité première diminua, les médecins apprécièrent plus exactement son mode de transmission. A partir de cette époque, on le reconnut pour être essentiellement contagieux, et communicable surtout par le coït. Cette raison parut suffisante pour le faire regarder comme un résultat immédiat de la débauche, et pour substituer le titre de maladie vénérienne, *lues venerea,* à celui de *morbus gallicus.*

Selon Kurtz Sprengel (1), au témoignage duquel il

(1) *Voyez* Kurtz Sprengel, *Hist. de la médecine*, t. III, p. 66.

faut joindre celui de MM. Robin et Littré (1), Jacques Béthencourt aurait été l'auteur de cette substitution. Paracelse l'adopta également et la justifia de la manière suivante (2) : « Quamobrem autem veneris no-
« men illi a quibusdam inditum sit, hæc serè causa est,
« quod Venus hujus morbi quasi mater quædam sit,
« et quod eo ipso tempore Veneris influentia in sua
« exaltatione fuerit... Itaque, rectissime illud nomen
« (veneris scilicet influxionis) retinetur, cùm Vene-
« rem hujus morbi matrem esse comprobatum jam
« sit, ad hæc constet, nullum omnino hominem hoc af-
« fectu corripi, nisi qui actum venereum vel vere, vel
« cum perfecta imaginatione perficiat (3). »

Fracastor remplaça l'expression de *lues venerea* par celle de *syphilis*, voulant rappeler de cette manière le nom du berger qu'il avait représenté comme la première victime de ce terrible fléau, effet manifeste de la colère des dieux.

. . . . Primus, regi qui sanguine fuso
Instituit divina, sacrasque in montibus aras,
Syphilus, ostendit turpes per corpus achores,
Insomnes primus noctes, convulsaque membra
Sensit, et a primo traxit cognomina morbus,
Syphilidemque ab eo labem dixêre coloni (4).

(1) *Voyez* Robin et Littré, *Dictionnaire de médecine*, de Nysten, Paris, 1858, mot *Vénérien*.

(2) Paracelse, *De causis et origine luis Gallicæ*, lib. I, cap. III.

(3) La dernière condition, *vel cum perfecta imaginatione*, ne peut plus être admise aujourd'hui.

(4) J. Fracastor, *Syphilis ou le Mal vénérien*, poëme en vers latins avec la traduction en vers français et des notes, par Prosper Yvaren. — Paris, 1487, p. 338.

On trouve dans ce passage du *Poëme sur la syphilis* la justification du titre créé par Fracastor, et les véritables caractères de la maladie à laquelle cette expression se rapportait. On voit par cette citation même que le mot *syphilis*, comme celui de *lues venerea*, s'appliquait à une affection débutant par des pustules auxquelles succédaient d'horribles ulcérations, l'insomnie accompagnée d'atroces douleurs dans les membres, l'ulcération des os.

Lorsque le caractère contagieux et vénérien du mal français fut établi, les médecins rangèrent à ses côtés les autres maladies contagieuses des organes génitaux. P. Maynard joignit les végétations aux autres symptômes de la syphilis, et Musa Brassavole ajouta la gonorrhée aux condylômes. Astruc d'abord, Hunter après lui, adoptèrent cette manière de voir. Il est même juste de dire que, de nos jours, la blennorrhagie, le chancre, les bubons, les végétations et les formes morbides qui leur succèdent, comprennent ce que la plupart des auteurs appellent *maladies vénériennes* ou *syphilitiques*.

Il y a, cependant, un certain nombre de syphilographes pour lesquels ces expressions ne sont pas absolument synonymes, et qui réservent le terme de *syphilis* pour désigner une diathèse commençant par le chancre induré, se continuant par les syphilides, les ulcérations des muqueuses, les gommes, les maladies des os, et se terminant par un état cachectique auquel la mort vient mettre un terme. La première expression a pour ces médecins un sens beaucoup plus large que la seconde ;

aussi, est-elle plus ordinairement employée par eux, lorsqu'il s'agit de désigner d'une manière générale les maladies contagieuses des organes de la génération, maladies parmi lesquelles la *syphilis* occupe le premier rang.

§ II.

L'histoire de la syphilis justifie cette distinction. Les pathologistes se sont souvent demandé si les anciens avaient connu les maladies vénériennes, et leurs recherches les ont conduits à faire sur cette question deux réponses contradictoires. Les uns, parmi lesquels il faut placer les contemporains de l'épidémie du quinzième siècle, crurent à la nouveauté de la maladie, et il fut admis pendant longtemps que celle-ci avait été rapportée d'Amérique par les matelots de Christophe Colomb. Mais tandis qu'Astruc défend cette opinion par toutes les ressources de la dialectique et de l'histoire, d'autres médecins, Sanchez en particulier, montrent, en comparant les dates, que le mal français ravageait l'Europe avant le retour des Espagnols. Dans l'opinion de ces auteurs la syphilis existait de toute antiquité, et les ouvrages des anciens en renferment des preuves manifestes.

Lorsque, pour reconnaître la vérité sur ce point, on consulte les livres des médecins grecs et romains (1),

(1) On n'est pas plus heureux lorsqu'on interroge les historiens et les poëtes. Il résulte même de notes nombreuses recueillies par un de nos confrères les plus érudits, M. le docteur F. Andry, qu'il n'y a rien, dans ces auteurs, qui puisse être rigoureusement appliqué à la syphilis. Et cependant on sait quelle était la liberté de langage des anciens, et jusqu'où allaient leurs confidences.

on n'y trouve rien de précis relativement à la maladie qui nous occupe. On y rencontre, il est vrai, des traces de ce qu'on nomme aujourd'hui maladies vénériennes primitives; mais, comme le caractère contagieux de ces affections n'est point mentionné, comme aucune forme morbide secondaire ne se trouve rattachée aux formes primitives, il est impossible de dire si ces auteurs ont véritablement connu la syphilis, si cette maladie existait de leur temps.

Quelques exemples prouveront, je l'espère, la vérité de cette proposition.

Et d'abord, pour ce qui est des ulcérations, il est vrai de dire que les anciens ont reconnu leur présence sur les régions mêmes où nous les observons, qu'ils les ont décrites avec les caractères de quelques-unes des variétés qu'on admet aujourd'hui.

Hippocrate, par exemple, les indique chez les femmes. Il parle des ulcérations de l'utérus et de celles des grandes lèvres (1). Dans le troisième livre des *Épidémies* (2), il nomme d'une manière générale les ulcérations des parties génitales.

(1) *Voyez* Hippocrate, *Œuvres complètes*, t. VIII, Paris, 1853, *Des maladies des femmes*, liv. I, p. 215, trad. de M. Littré.

Oribase, *Synopseos*, lib. VII, cap. CXII, parle aussi de *vulvæ inflammationes, dolores, ulcerationes*, etc. Paul d'Ægine, *De re medica*, lib. III, cap. LXVI, décrit les ulcérations de l'utérus, *De ulceratione uteri*.

Arétée, dans le livre II, *De curatione acut. morb.*, étudie au chap. XI, les maladies de l'utérus, *De uteri morbis*, parmi lesquelles il signale l'ulcération.

(2) *Épidémies*, liv. III, § 7 : « Beaucoup eurent des aphthes et des ulcérations dans la bouche. Fluxions fréquentes sur les parties génitales, *ulcérations*, tumeurs en dedans et en dehors, etc.

Galien signale les ulcères de la verge : « *Quæ in « pene sunt, ulcerum magis etiam siccari postulant,* » ceux du gland : « *et quæ extra hunc etiam finem « ejus, qui glans dicitur, infectant;* » ceux qui siégent sur la peau de la verge : « *atque et his minus, quæcum- « que in reliqua sunt cute, quæ totam colem vestit* (1). » Enfin les ulcères des parties génitales : *ulcera pudendi, rimæ pudendi,* sont étudiés par Aëtius (2), Paul d'Ægine (3), etc.; tandis que Celse (4) décrit les affections des parties honteuses, et Actuarius (5), celles des organes de la génération.

Les caractères accordés par les anciens à ces ulcérations prouvent qu'elles affectaient toutes les formes sous lesquelles on les rencontre aujourd'hui. Il serait difficile en effet de voir autre chose que le chancre simple dans ces ulcères avec phlyctènes, dont parle Hippocrate (6), ces ulcères creux signalés par Aëtius (7), les exulcérations indiquées par Oribase (8), et l'*ulcus*

(1) Galien, *Method. medend.*, lib. V, cap. XV.

(2) Aëtius, *Tetrabil.*, cap. XIV, XVII, XVIII.

(3) Paul d'Ægine, *De re med.*, lib. III, cap. LIX, *Pudendorum ac sedis affectiones.*

(4) Celse, lib. VI, dont la section XVIII est consacrée aux maladies qui appartiennent aux organes génitaux : « ea quæ ad partes obscenas pertinent. »

(5) Actuarius, *De methodo medendi*, lib. I, cap. XXII : De morborum qui partes genitales tum marium, tum fœminarum tentant dignatione.

(6) Hippocrate, *Œuvres complètes*, Paris, 1853, t. VIII, p. 215, traduction de M. Littré.

(7) Aëtius, *Tetrabil.*, cap. XXXIII : De cavis ulceribus non malignis.

(8) Oribase, *De locis affect. curat.*, lib. IV, cap. II : Ulcera sine inflammatione, uteri vesicæque exulcerationes.

purum dont parle Paul d'Ægine (1). Le chancre phagédénique se retrouve dans Galien (2), dans Celse (3), qui lui donne son véritable nom, dans Aëtius qui le désigne avec les médecins grecs sous le titre de *nomas* (4). L'ulcère gangréneux, *carbunculus*, est signalé par le même auteur (5) et par Celse (6), tandis que Aëtius indique l'ulcère végétant (7), décrit également par Oribase (8).

(1) Paul d'Ægine, *De re med.*, lib. III, cap. LXVI.

(2) Galien, *Method. medendi*, lib. XV, cap. XVII, où il nomme, « serpens ulcus, qui herpes Græcis dicitur. »

(3) Celse est celui qui le décrit le plus exactement. Il dit, lib. VI, cap. XVIII, § 4 : « Nonnunquam etiam id genus cancri quod φαγέδαινα a Græcis nominatur, oriri solet. In quo minime differendum, sed protinus iisdem medicamentis occurrendum est ; et, si parum valent ferro adurendum. Quædam etiam nigrities est, quæ non sentitur, sed serpit ; ac, si sustinuimus, usque ad vesicam tendit, neque succurri postea potest. »

(4) Aëtius, *loc. cit.* cap. XVII, « ad Nomas pudendis. »

« Ulcus depascens (nomen Græci vocant) aut erosio fiat, laxa forinsecus apparet pars erodenda ; et, si circumprimatur, humorem tenuem subcruentum excernit ; deinde fæculentum. » Il le traite par les astringents.

(5) *Ibid.* Cap. XVIII, « Carbunculus pudendorum. »

(6) Celse, *loc. cit.*, § 5 : « Carbunculus autem ibi natus, ut primum apparet oriculario clystere eluendus est ; deinde ipse quoque medicamentis urendus... ubi is excidit, liquidis medicamentis utendum est, quæ ad oris ulcera componentur. »

Il faut rapprocher de l'ulcère phagédénique et de l'ulcère gangréneux cette autre espèce à laquelle les auteurs donnent le nom d'*ulcus sordidum* (P. d'Ægine) et ceux qui sont décrits par Aëtius au chap. XL, sous ce titre : « De malignis et ægrè recipientibus cicatricem. »

(7) Aëtius, *loc. cit.*, cap. XXXVI : « De ulceribus in quibus caro superexcrescit. »

(8) Oribase, *Synopseos* VII, cap. XXXIX, « Thymus est ulcus aspera et squalida carne excrescens. »

Quant à l'ulcère induré, les écrits des anciens sont moins explicites à son égard. Cependant, on trouve dans Hippocrate, in *Hominis liber*, le passage suivant : « *Ulcus callosum factum, ubi quod durum est medi-* « *camento putrefaciente expuleris*, *demum occluden-* « *dum* (1). » « *Occalescit etiam in cole interdum ali-* « *quid*, dit Celse, *idque omni pene sensu caret; quod ip-* « *sum quoque excidi debet* (2). » Aëtius (3) semble plus précis encore dans son chapitre sur les gerçures du prépuce. Il les rapporte, par erreur évidemment, à la distension éprouvée par un prépuce trop étroit. les distingue en gerçures récentes et en gerçures anciennes, et ajoute : « *Antiqua verò callosa sit, et rursùs* « *quum violenter disparatur, rupta rursùs cruentetur,* « *proinde ad curam festinare oportet. Ubi verò anti-* « *quatæ fuerint, et callosæ factæ curationem distule-* « *rint, nihil proficientibus medicamentis, confert cu-* « *tem abducere, et callosa rimarum labia supino scal-* « *pro, quantum ejus fieri potest, superficiaria sectione* « *diducere.* » On pourrait dire sans doute que tous les caractères locaux du chancre huntérien se retrouvent dans cette citation, et que le titre de *callosus* (4), auquel les auteurs s'arrêtent, ne peut présenter une si-

(1) *Voyez Artis medicæ principes*, t. I, p. 81.

(2) Celse, *loc. cit.*, § 5.

(3) Aëtius, *Tetrab.*, IV, serm. II, cap. XIV : « De rimis in pudendis, Leonidæ. »

(4) Castelli, dans son *Lexique*, art. « Callositas, » confirme cette interprétation du mot *callum*, lequel, d'après Paracelse, indiquerait la malignité de la syphilis : « Interdum etiam malignitatem luis gallicæ subesse testatur. »

gnification douteuse. Il serait alors vrai de dire que les anciens ont connu les ulcères des organes génitaux, qu'ils les ont décrits comme on le fait de nos jours ; qu'ainsi, en se tenant à leurs ouvrages, on peut soutenir que cette forme primitive des maladies vénériennes existait de toute antiquité.

Cette opinion se trouverait même appuyée par la mention de deux symptômes, compagnons ordinaires du chancre, et sur lesquels les auteurs dont je parle se sont expliqués, je veux dire le bubon et le gonflement du prépuce auquel on donne le nom de « phimosis » ou de « paraphimosis, » suivant la position qu'il occupe.

Le gonflement inflammatoire du prépuce est le premier symptôme dont parle Celse, en abordant l'étude des maladies des organes génitaux. Il dit (1) : « *Igitur si ex inflammatione coles intumuit, reducique* « *summa cutis, aut rursùs induci non potest.....* » Et il indique la véritable cause de cette complication : « *Sive autem hoc modo victa erit, sive nunquam repu-* « *gnaverit, ulcera vel in cutis ulteriore parte, vel* « *in glande, ultrave eam in cole, reperiuntur.* » Paul d'Ægine consacre tout un chapitre à l'étude du phimosis (2) ; il dit : « *Duplex phimoseos, id est præputii circa glandem constricti, causa est. Quandoque enim præputium ita intexit glandem ut rursus detrahi non*

(1) Celse, *De re medica.*, lib. VI, sect. XVIII.

(2) *Voyez* Paul d'Ægine, in *Artis medicæ principes*, *De re medica*, lib. VI, cap. LV : « De phimo, sive præputio circa glandem constricto.

possit ; quandoque retro abductum, non amplius induci potest : quæ species proprie paraphimosis appellatur. »

Quant aux tumeurs des glandes inguinales, on les trouve indiquées par Hippocrate au septième livre des *Épidémies,* mais sans indication du rapport qui pourrait exister entre elles et les ulcérations de la verge (1). La même remarque s'applique à la maladie décrite par Aëtius sous ce nom, *de glandularum inguinis inflammatione.* Ici encore cet engorgement des ganglions inguinaux n'est point rapporté à l'existence d'un chancre, mais seulement à la stase des humeurs et à un ulcère de la cuisse ou des doigts des pieds (2). Oribase, au contraire, après avoir parlé d'une espèce de bubons durs et volumineux, non accompagnés de suppuration, et existant pendant la peste, ajoute : « *Parfois cette espèce* « *de bubons pourrait bien survenir à l'occasion d'une* « *affection des parties génitales, de même que l'ulcère* « *pestilentiel et la fièvre qu'on nomme pestilentielle* (3). »

Ces citations sont incomplètes sans doute ; elles montrent cependant que les médecins de l'antiquité observaient des ulcérations des organes génitaux accompagnées de phimosis et de paraphimosis, quand elles existaient sur le prépuce, et pouvant donner lieu à des bubons. De semblables ulcères seraient sans

(1) Dans ce livre Hippocrate parle de bubons survenant chez des foulons, et accompagnés de toux, de fièvre et de tumeurs semblables, et causant la mort. Il n'y a là aucune analogie avec le bubon vénérien.

(2) Aëtius, *loc. cit.*, cap. XXX.

(3) Oribase, *Œuvres,* Paris, 1858, t. III, p. 608, traduction de M. Daremberg.

doute reconnus aujourd'hui pour vénériens. Toutefois ces auteurs ne parlent pas de deux caractères essentiels, presque pathognomoniques, et dont l'absence laisse toujours du doute sur la véritable nature des chancres, alors même qu'ils occupent les organes de la génération. Aucun d'eux ne dit expressément que ces ulcères fussent contagieux, ni qu'ils pussent être suivis de symptômes consécutifs.

On pourrait, il est vrai, induire cette transmission par le contact en se rappelant jusqu'à quel point la débauche était portée dans l'ancienne Rome, et en rapprochant ce fait de l'existence habituelle de ces symptômes sur les organes génitaux, en tenant compte aussi de la surveillance dont les prostituées étaient l'objet de la part des édiles (1), en recueillant quelques aveux échappés aux historiens (2) et aux poëtes; mais cette induction reste tout à fait hypothétique en face du silence gardé, sous ce rapport, par les médecins.

De plus, si la syphilis eût existé de leur temps, elle e serait présentée, comme elle le fit plus tard, avec

(1) Parent Duchâtelet, *De la prostitution*, Paris, 1857, t. I, p. 345.

(2) Cicéron, *ad Fam.* VII, 6. « Ego autem, quum omnes morbos reformido tum quo Epicurum tuum stoici male accipiunt, quia dicat δυσουρικὰ καὶ δυσεντερικά πάθη sibi molesta esse, quorum alterum morbum edacitatis esse putant, *alterum etiam turpioris intemperantiæ.* »

C'est ici le lieu de parler de l'observation de Héron, observation rapportée par l'évêque Palladius, et dont Swédiaur nous a donné le texte et la traduction. (*Traité du mal vénérien*, t. I, p. 22.) Il y est question d'un ulcère destructeur de la verge, contracté par ce même Héron pour avoir cohabité avec une danseuse de pantomime.

une série de symptômes successifs, et il y aurait lieu d'être surpris de voir les médecins hippocratistes, si habiles à rattacher les unes aux autres les différentes formes morbides d'une même épidémie, méconnaître d'une manière générale le rapport qui existe entre les symptômes primitifs de la syphilis chancreuse et ses formes secondaires et tertiaires. Or, rien ne prouve que ces affections consécutives aient été reconnues et décrites. Rien ne nous autorise à voir des ulcères secondaires de la bouche et une syphilide dans les symptômes dont parle Hippocrate au § 116 du deuxième livre des *Maladies des femmes*, lorsqu'il indique une espèce de leucorrhée caractérisée par un « *écoulement blanc comme de l'urine d'âne,* » un gonflement dans le visage, le dessous des yeux, etc., et qu'il ajoute : « *La peau est blafarde et se couvre de phlyc-* « *tènes... Il survient aux mâchoires peu à peu une érup-* « *tion rougeâtre, petite, aqueuse et de mauvaise nature.* « *Les jambes enflent..... la bouche s'emplit de salive.....* « *des aphthes naissent dans la bouche* (1).» La même réflexion s'appliquerait à ce second exemple du § 118, où il est question d'une autre leucorrhée ainsi décrite : « *Le* « *flux est abondant et comme de l'urine de mouton. La* « *femme est décolorée, elle est toute gonflée : aux jambes* « *s'élèvent des boutons* (2).» On s'est demandé souvent s'il fallait reconnaître une syphilis épidémique dans la constitution rapportée au troisième livre des

(1) *Voyez* Hippocrate, *Œuvres complètes*, trad. E. Littré, t. VIII, Paris, 1853, *Des maladies des femmes*, *loc. cit.*, liv. II, § 116, p. 251.

(2) *Ibid.*, § 118, p. 255.

Épidémies. Rosenbaum l'a cru, mais M. Littré ne peut accepter cette opinion, les signes indiqués par Hippocrate n'étant pas assez caractéristiques pour qu'il soit possible de prononcer sur ce point.

On lit en effet au § 3 l'énumération des maladies, dont l'auteur va parler, et on trouve parmi elles : « *Les aphthes dans la bouche et les tumeurs des par-* « *ties génitales* (1). » Au § 4 il signale des érysipèles survenant « *sur les lésions les plus vulgaires, sur de* « *toutes petites plaies* (2). » Et il ajoute : « *De toutes* « *ces lésions, les plus fâcheuses étaient celles qui avaient* « *pour siége le pubis et les parties génitales* (3). » Mais il ne faut pas oublier que, si, dans cette épidémie, les ulcères des organes de la génération devenaient le centre d'érysipèles, au même titre que les *lésions les plus vulgaires* et les *toutes petites plaies* répandues sur la surface du corps, cette condition n'oblige pas d'accorder la même nature à l'érysipèle et à l'ulcère qui lui servait de point de départ.

Il semblerait qu'on pût être plus affirmatif à l'égard de la description donnée dans le § 7 « *Beaucoup*, y « est-il dit, *eurent des aphthes et des ulcérations dans la* « *bouche ; fluxions fréquentes sur les parties génitales,*

(1) Hippocrate, *Épid.*, liv. III, t. III, p. 71.
(2) *Ibid.*
(3) *Ibid.*, § 4.
Il faudrait rapprocher de ce passage l'aphorisme 21, sect. III. « En été règnent quelques-unes des maladies précédentes, et de plus des fièvres continues, des cancers, beaucoup de fièvres tierces... des ulcérations de la bouche, des pourritures des parties génitales et des sudamina, symptômes qui n'ont rien de syphilitique. »

« *ulcérations, tumeurs au dedans et au dehors, gonfle-* « *ment dans les aines, ophthalmies humides, longues et* « *douloureuses, qui firent perdre la vue à beaucoup de* « *personnes, et qu'on nomme* fics. *Les autres plaies et* « *les parties génitales étaient le siége de beaucoup de* « *fongosités* (1). » Cependant cette description est trop incomplète pour qu'il soit possible de juger en dernier ressort le véritable caractère du plus grand nombre de ces symptômes. Qu'étaient ces ulcérations de la bouche, sur lesquelles l'auteur n'insiste pas? Que faut-il entendre par cette autre expression: Fluxions fréquentes sur les parties génitales, et sur les tumeurs qui existaient au dedans et au dehors? Il serait vraiment difficile de le dire. Il serait plus difficile encore de vouloir reconnaître un lien entre des formes morbides aussi diverses, et dont l'ordre de succession n'est point établi. Tout en admettant donc qu'il existe certaines analogies de forme entre cette épidémie et celle du seizième siècle, il faut ajouter que ces analogies sont trop insuffisantes pour établir la nature syphilitique de celle qui fut observée par Hippocrate. Aussi plusieurs auteurs y ont-ils vu une épidémie de variole, Rosenbaum une affection syphilitique, et M. Littré « une fièvre rémittente ou pseudo-conti- « nue (*causus et phrenitis*) compliquée, par l'influence « du génie épidémique, d'érysipèle, d'ulcérations qui « présentaient cela de particulier qu'elles attaquaient

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, trad. E Littré, t. III, Paris, 1841. *Épidémies*, livre III, p. 85.

« parfois les parties sexuelles et donnaient lieu à l'en-
« gorgement des glandes inguinales, à des éruptions
« diverses et à la gangrène (1). »

On comprendra maintenant comment le savant traducteur des œuvres d'Hippocrate a pu dire encore : « Dans tout le cours de ces livres sur les maladies des « femmes, on ne rencontre rien qu'on puisse décidé-« ment et sans contestation attribuer à la syphilis. En « ceci, ils ne diffèrent pas des autres renseignements « provenant de l'antiquité. Aucune trace positive de « l'affection syphilitique ne s'y fait voir; mais une « foule d'affections des organes génitaux y sont notées ; « et, si l'on veut, c'est-à-dire, si l'on suppose l'existence, « dans l'antiquité, de cette affection, on en trouvera, « dans les descriptions transmises, des vestiges suffi-« sants. Si, au contraire, on part de l'hypothèse op-« posée, les mêmes descriptions ne seront rien de plus « que des lésions générales portant sur les organes gé-« nitaux et sans aucune spécificité (2). » Ce qui revient à dire, qu'en matière de syphilographie, on peut soutenir les opinions historiques les plus contradictoires ; mais que si l'on veut s'en tenir à *ce qui est*, sans vouloir démontrer *ce qu'on suppose*, on est obligé de dire que les médecins de l'antiquité, tout en décrivant des ulcérations des organes génitaux analogues à celles qui

(1) *Voyez Œuv. complètes d'Hippocrate*, trad. de M. Littré, t. III, p. 9 et 11. Cette opinion de M. Littré se trouve justifiée encore par l'aphorisme que j'ai rapporté plus haut, dans lequella pourriture des parties génitales est placée à côté des maladies aiguës et épidémiques, des cancers, des fièvres tierces et des sudamina.

(2) *Voyez* Hipp., *loc. cit.*, t. VIII, p. 523.

caractérisent la première période de la syphilis chancreuse, n'ont su y rattacher aucune forme morbide consécutive, qu'ainsi la syphilis ne leur a pas été véritablement connue.

Ceci serait vrai d'Hippocrate, et aussi de ses successeurs. Plus on s'éloigne de l'époque où écrivait le médecin de Cos, plus l'incertitude augmente. Les médecins, en effet, au lieu de continuer à rattacher les unes aux autres les formes morbides qui se succèdent dans le développement d'une même diathèse, les décrivirent à titre de maladies distinctes, de sorte qu'il est impossible, en lisant leurs ouvrages, d'établir entre ces affections le moindre lien de dépendance. On ne peut donc décider s'il faut considérer comme des ulcérations secondaires celles dont parle Oribase en ces termes : « *Testiculos* « *vero ulcere aphthis simili correptos* (1), » ces aphthes étant décrits à la suite de l'inflammation du testicule, sans que l'auteur essaye de les rattacher aux ulcérations des parties génitales, qu'il étudie cependant dans le chapitre précédent.

La même difficulté se présente pour les inflammations et les engorgements du testicule (2), engorge-

(1) Oribase, *De locis affectis curat.*, lib. IV, cap. III.

(2) Ces inflammations du testicule sont indiquées par Celse (*loc. cit.*, § 6), où il est dit : « In testiculis vero, si inflammatio sine ictu orta est, sanguis ex talo mittendus est... si iidem *induruerunt*, imponi debet lini vel fœni græci semen ex mulso coctum... si vetustior jam durities est, maxime proficit cucumeris agrestis radix in mulso cocta. » — Aëtius, *Tetrab.* IV, cap. XXI, parle aussi de l'inflammation des testicules et de ses suites.

ments qu'on ne doit pas assimiler au sarcocèle vénérien, faute de pouvoir établir aucun rapport entre ces tumeurs et les ulcères des organes de la génération. Un fait ressort, au contraire, de la lecture des ouvrages des anciens ; c'est que, pour eux, toutes les affections dont j'ai parlé jusqu'ici étaient considérées comme des maladies locales de l'appareil génital, et non comme des états diathésiques (1), preuve dernière de l'ignorance où ces auteurs se sont trouvés par rapport au véritable caractère de la syphilis, c'est-à-dire, à l'infection générale qui est la cause de toutes ces manifestations.

L'embarras diminue lorsqu'il s'agit des végétations.

Les ouvrages des médecins de l'antiquité prouvent sans réplique la connaissance qu'ils avaient de ces maladies. S'il fallait même en juger par l'exactitude des descriptions, on devrait penser qu'elles étaient fréquemment observées par eux.

Ces végétations, nous les avons trouvées déjà dans les passages d'Hippocrate indiqués plus haut (2); Galien (3) en parle également ; elles sont décrites dans les livres de tous ceux qui se sont occupés des ma-

(1) La preuve de ce fait se trouve dans le premier paragraphe du quatrième livre de Celse. « Hactenus, » dit cet auteur, « reperiuntur ea genera morborum, quæ in totis corporibus ita sunt, ut iis certæ sedes assignari non possint; nunc de his dicam quæ sunt in partibus. » Et c'est dans un des livres suivants, le sixième, qu'il décrit les maladies qui appartiennent aux organes génitaux, « quæ ad partes obscenas pertinent. » Oribase, de son côté, range ces mêmes affections parmi les maladies locales : *de locis affectis.*

(2) Hippocrate, *Œuvres complètes*, t. III, Paris, 1841. *Epid.*, liv. III, § 7.

(3) Galien, *Method. med.*, lib. XIV, cap. XVII.

ladies de l'anus et des organes génitaux, où on les voit désignées sous des noms divers, qui n'étaient pas toujours synonymes. Je signalerai parmi ces expressions celles de *condyloma*, *thymus*, *ficus*, *myrmecia*, *verruca*. Celse (1) définit le condylôme : « *Tuberculum quod ex quadam inflammatione nasci solet.* » Paul d'Ægine (2) dit de son côté : « *Thymi carnosæ sunt eminentiæ, quandoque in glando, quandoque in præputio consistentes,* et il les divise en deux catégories : celles qui sont malignes, et celles qui ne le sont pas : « *Ex his aliqui sunt maligni, aliqui non.* » Oribase (3) fixe à son tour le sens du mot *ficus* : « *Ficus appellant germina quædam admodum ulceris rotunda subdura, rubentia, quæ dolor etiam comitatur.* » Le mot *myrmecia* employé par plusieurs auteurs, entre autres par Galien, est considéré par Castelli (4) comme synonyme de *formica*, μύρμηξ, et ainsi défini : « *Formica quoque dicitur verrucæ species, quæ* « *græce* μυρμηκία, verruca formicaria *vocatur, tumens et* « *callosa, colore nigricans, basi lata et cute sessili, in ex-* « *cisione dolores afferens, morsiunculis formicæ simil-* « *limos, a quo etiam nomen accepit.* » Quant au mot *verruca*, il n'exprimerait pas, d'après le même auteur, une maladie unique, mais la réunion de deux espèces

(1) Celse, *loc. cit.*, § 8.

(2) P. d'Ægine, *De re medic.*, lib. VI, c. LVIII, *De thymis in pudendis.*

(3) Oribase, *Synopseos* lib. VII, cap. CXL, *De ficis.*

(4) *Voyez* Castelli *Lexicon* aux mots *Formica*, *Acrochordon*, *Verruca*. Ces dénominations diverses des condylômes étaient quelquefois prises l'une pour l'autre : « Verruca in pudendis, » dit Paul d'Ægine, « thymus appellatur. » *Loc. cit.*, § c.

morbides : la *myrmecia*, dont il a été parlé tout à l'heure, et l'*acrochordon*, lequel est ainsi caractérisé : « *Genus verrucarum dolens, pensile et foras proeminens,* « *exilique veluti pediculo ceu basi innitens, ad differen-* « *tiam* μύρμηξ, *vel verrucarum sessilium.* » La *myrmecia* est donc la verrue sessile, et l'*acrochordon*, la verrue pédiculée.

Ces végétations existaient aux parties génitales de l'homme (1), sur celles de la femme (2), à l'anus (3) et sur d'autres parties du corps (4).

Chez l'homme, on les observe sur le gland, la verge et le prépuce : « *In sola glande, aut in cole, aut in præ-* «*putio, aliquando vero in omnibus relatis,*» dit Aëtius (5).

(1) Paul d'Ægine les décrit aux parties génitales de l'homme : *De thymis in pudendis*, cap. LVIII.

(2) Aux parties génitales de la femme : *De thymis, condylomatibus et hæmorrhoidibus in muliebribus locis*, cap. CLXXI.

(3) A l'anus, cap. LXXX, *De condylomatis*, etc., *in ano.*

(4) Aëtius, *Tetrab.* IV, serm. II, cap. IV. *De thymis in sede ac reliquo corpore nascentibus*, etc.

Thymi enim in corpore tuberculosæ sunt eminentiæ, asperæ, subrubræ, oblongæ, præter naturam auctæ, sanguinem effundentes dum auferuntur, amplius quam pro apparente magnitudine. Abundat autem hæc affectio circa sedem et pudenda ac media femora, quandoque etiam in facie consistit. Et quidam sane parvi sunt, et vocantur thymi : aliqui vero magnitudine excedunt, et appellantur fici ; et aliqui mansueti sunt ; aliqui vero maligni. Mansueti igitur thymi, carunculæ sunt parvæ quidem, verum inæquales, obscuris eminentiis exasperatæ, albicantis coloris, aut subrubræ, et doloris expertes. Maligni vero thymi, duriores sunt et asperiores ac majores, fæculenti ac lividi coloris, doloresque ac punctorium dolorem inducentes... Sunt autem omnes mansueti facile curabiles; maligni vero, incurabiles. Curantur aliquando hi, non locali exsectione, sed cum ablatione totius partis in qua sunt. »

(5) *Ibid.*, cap. XIII.

« *Tubercula etiam, quæ* φύματα *Græci vocant, circa glan-* « *dem oriuntur,* » avait déjà enseigné Celse (1); et Oribase ajoute, « *carnem verò in testibus crescentem* (2). »

Chez la femme, elles occupent les parties externes de la génération et présentent des formes variées faciles à reconnaître : « *Thymus eminentia quædam est* « *aliquando rubicunda, quandoque alba, plerumque* « *sine dolore, thymi herbæ corymbis, sive cæcuminibus* « *similis. Condylomata vero rugosæ exturbinantiæ* « *sunt* (3). »

A l'anus ils ne diffèrent de ce qu'ils sont chez la femme qu'en vertu de la texture des parties affectées : « *Condyloma in ano solum loco differt ab eo quod in* « *muliebribus pudendis est; etenim etiam ipsum ru-* « *gosa sedis eminentia, inflammatione aut rima præ-* « *gressu. Primum igitur eminentia appellatur, ubi vero* « *callescit, condyloma* (4). »

Les citations précédentes montrent l'identité absolue qui existe entre les végétations telles que les anciens les observaient et celles que décrivent tous les syphilographes. Les premiers seulement ne parlaient point de leur caractère contagieux, non plus que de leur transmission par le coït; aucun d'eux ne songeait à en faire une conséquence des ulcérations des organes génitaux. Avaient-ils tort? Quelques-uns le croient, mais la plupart des auteurs modernes se ran-

(1) Celse, *loc. cit.*, § 2.
(2) Oribase, *Synopseos loc. cit.*, cap. CIII.
(3) P. d'Ægine, lib. VI, cap. LXXI.
(4) *Ibid.*, cap. LXXX.

gent volontiers à leur avis. J'aurai bientôt à examiner cette question, à rechercher si les condylômes sont réellement de nature syphilitique; en ce moment je veux seulement constater un fait : c'est la connaissance exacte de cette forme particulière des maladies vénériennes chez les écrivains de l'antiquité et la distinction qu'ils établissaient entre elles et les ulcères.

La blennorrhagie leur était-elle aussi bien connue? La plupart des syphilographes le pensent et vont même jusqu'à rechercher dans les livres saints la première mention de cette maladie.

On lit en effet au quinzième chapitre du Lévitique les versets suivants : « *Locutusque est Dominus ad* « *Moysem et Aaron, dicens :* — 2. *Loquimini filiis* « *Israel, et dicite eis : Vir qui patitur fluxum seminis,* « *immundus erit.* — 3. *Et tunc judicabitur huic vi-* « *tio subjacere, cum per singula momenta adhæserit* « *carni ejus, atque concreverit fœdus humor.*

Swédiaur (1) a vu dans cette expression, *fluxum seminis,* un écoulement du canal de l'urètre, écoulement dont le caractère contagieux se trouvait implicitement démontré par l'espèce de réprobation dont l'homme impur (*immundus*) était frappé, et par la faculté qu'il possédait de transmettre son impureté à ceux avec lesquels il avait quelque contact direct ou indirect.

Moïse déclare en effet impur celui qui se reposera sur la couche d'un de ces malades : « *Si quis homi-*

(1) *Traité complet des maladies vénériennes ou syphilitiques,* 7e édit., Paris, 1817, t. I, p. 16.

« *num tetigerit lectum ejus, lavabit vestimenta sua, et* « *ipse, lotus aqua, immundus erit usque ad vespe-* « *rum* » (vers. 5) ; celui qui se sera assis sur le siége où lui-même s'est reposé : « *Si sederit ubi sederat* » (vers. 6) ; celui qui aura touché la chair de cet homme : « *qui tetigerit carnem suam* » (vers. 7); enfin celui qui aura été souillé par la salive de ce malade : « *Si sa-* « *livam hujuscemodi homo jecerit super eum qui mundus* « *est* » (vers. 8). Dans toutes ces circonstances, l'homme pur jusque-là deviendra impur ; il devra se soumettre aux ablutions prescrites, et il restera souillé jusqu'au soir, *usque ad vesperum* (vers. 8).

Il y a sans doute, dans toutes ces prescriptions, des raisons de supposer que la maladie dont parle Moïse était contagieuse ; et cependant les commentateurs n'ont point admis sous ce rapport l'interprétation des médecins. Dom Calmet ne voit dans le *fluxum seminis* qu'une perte séminale : « *Morbum gonorrheæ* « (*uti vocant medici*), *qui oritur ex debilitate naturæ et* « *potentiæ recedivæ* (1). » Il compare cette affection aux pollutions nocturnes, qu'il faut toujours éviter avec soin, parce qu'elles engendrent la mollesse du corps et celle de l'esprit : « *Hic gignit mollitiem tum in cor-* « *pore ipso, tum in imaginatione, quæ pollutionem* « *provocat.* »

Quant au mot *immundus*, le même auteur ne l'applique pas à un sujet porteur d'une maladie contagieuse, mais seulement à un homme incapable de

(1) *Cursus theologiæ completus*, t. VI, p. 800.

prendre part aux choses saintes. Ceci ressort entièrement de la traduction française des versets que j'ai cités. « *Le Seigneur parla encore à Moïse et à Aaron,* « *et leur dit : Parlez aux enfants d'Israël, et* (*pour* « *leur faire comprendre combien j'ai en horreur toute* « *sorte d'impureté*), *dites-leur : L'homme qui sera at-* « *taqué de la gonorrhée, sera impur, et séparé des choses* « *saintes* (1). » Il n'y a donc rien, ni dans le texte latin, ni dans la traduction française faite par des hommes compétents, qui puisse nous permettre d'assimiler le *fluxum seminis* à une maladie contagieuse.

Plusieurs raisons doivent même nous en éloigner. L'homme atteint de cette affection pouvait bien, il est vrai, transmettre son impureté ; mais celui qui devenait ainsi impur ne conservait cette souillure que pour un temps limité, *usque ad vesperum.* Son état n'était donc pas identique à celui du malade, lequel restait impur jusqu'après sa guérison, dont l'époque n'était point indiquée. « *Si sanatus fuerit qui hujuscemodi* « *sustinet passionem, numerabit septem dies post emun-* « *dationem sui ; et lotis vestibus et toto corpore in* « *aquis viventibus, erit mundus* » (vers. 13).

De plus cet homme n'était point malade au même titre que le premier, il ne pouvait à son tour transmettre son impureté à personne. « Nota hic canonem, » écrit dom Calmet : « in lege veteri, qui vel quæ, in se im- « munda erant, immunditiem suam transfundebant in « tangentes : tales erant leprosi, seminiflui, menstruatæ,

(1) *Loc. cit.*, p. 801.

« reptilia; quæ verò non in se, sed tantum *per contac-*
« *tum rei immundæ* immunda fiebant, hæc suam im-
« munditiem non transfundebant in tangentes se; ut
« qui tetigerat reptile immundus erat, *non tamen pol-*
« *luebat alium quem tangebat* (1). »

Or, les choses ne se passent pas ainsi quand il s'agit d'une maladie contagieuse. Celui qui la contracte peut rester malade aussi longtemps que celui qui la donne ; il est contagionné jusqu'à parfaite guérison, et non pas seulement jusqu'à la fin du jour, *usque ad vesperum*. En second lieu, le contact est aussi dangereux avec lui qu'avec le premier malade ; il transmet sa maladie aussi sûrement, et il la donne avec toute sa puissance, avec tous ses dangers.

Il est facile de comprendre maintenant pourquoi les commentateurs de Moïse n'ont point considéré le *fluxum seminis* comme une blennorrhagie, comment ils en ont fait une perte séminale, et rien de plus.

Une dernière raison pourrait encore être invoquée en leur faveur, c'est l'espèce d'assimilation qui était faite, chez les Hébreux, entre l'homme atteint de cette maladie et la femme qui a ses règles (*seminiflui et menstruatæ*), assimilation admise par Moïse lui-même, puisqu'il indique aussi, dans le quinzième chapitre du Lévitique, les précautions auxquelles la femme se trouve assujettie pendant ses époques, et qu'il la déclare impure comme il l'avait fait pour l'homme lui-même.

Il résulte de tous les détails précédents qu'il est im-

(1) *Loc. cit.*, p. 803.

possible, en s'appuyant sur le texte du Lévitique seul, d'admettre l'existence de la blennorrhagie chez les Hébreux.

Le même doute subsiste lorsqu'il s'agit de trouver dans la description de la gonorrhée des Grecs et des Romains les signes de cette maladie. Cette gonorrhée, chacun le sait, leur était parfaitement connue. Hippocrate, selon M. Littré, l'aurait indiquée chez la femme : « *Si la semence s'échappe pure et sans intermission,* « dit-il, *la femme n'aime pas à avoir des rapports avec* « *son mari* (1); » passage dans lequel le traducteur voit la première mention de la gonorrhée. Galien décrit cette affection et la définit : « *une excrétion invo-* « *lontaire du sperme,* » ou mieux : « *une excrétion fré-* « *quente du sperme, dont on n'a pas conscience et qui* « *s'accomplit sans érection de la verge* (2). » Cette excrétion du sperme, selon Galien, a lieu par faiblesse de la faculté rétentive ou par la force de la puissance expultrice. On trouve dans le passage suivant de Celse : « *Est* « *circa naturalia vitium, nimia profusio seminis,* « *quod sine Venere, sine nocturnis imaginibus sic fer-* « *tur, ut, interposito spatio, tabe hominum consu-* « *mat* (3). » Après avoir parlé du diabète, Alexandre de Tralles traite *de seminis profluvio* (4), et Oribase (5),

(1) *Œuv. comp. d'Hippocrate*, trad. de M. Littré, t. VIII, Paris, 1853, *Traité des maladies des femmes*, livre I, p. 63.

(2) *Œuv. de Galien*, trad. de M. Daremberg, *Traité des lieux affectés*, liv. VI, chap. VI, t. II, p. 698.

(3) Celse, *loc. cit.* lib. IV, sect. XXI.

(4) Alex. de Tralles, lib. IX, cap. IX.

(5) Oribase, *De loc. affect. curat.*, lib. IV, cap. CVII.

étudie dans le même chapitre la gonorrhée et les pollutions nocturnes, preuve certaine du rapport admis par les anciens entre ces deux affections.

Les caractères de cette gonorrhée sont tels qu'ils la différencient complétement de la gonorrhée syphilitique décrite par Astruc, Hunter, Cockburn, etc., et à laquelle Swédiaur donna le nom de blennorrhagie. Celle-ci se présente, en effet, avec trois groupes de symptômes que nous ne retrouvons pas dans les écrits des anciens. Je veux parler de l'écoulement, dont les caractères sont ceux du pus et non ceux du sperme; de la douleur, si vive pendant l'émission des urines qu'elle a valu à cette maladie son nom populaire; enfin d'un état de turgescence de la verge, qui existe pendant toute la période d'acuité de la maladie, va même jusqu'à se transformer en érections permanentes et douloureuses auxquelles on a donné le nom de *cordée*.

Au lieu de ces symptômes nous trouvons mentionné dans les passages précédents : un écoulement, ayant lieu sans plaisir; mais aussi sans douleur, surtout sans érection; capable, en outre, d'amener l'épuisement du sujet, ce qui est le propre des pertes séminales et ne s'observe jamais dans la blennorrhagie.

Je dirai donc de la *gonorrhée* des Grecs, du *seminis profluvius* des Romains, ce que je disais tout à l'heure du *fluxus seminis* de Moïse : Ce n'est pas là une blennorrhagie. Tout au plus serait-ce une blennorrhée, mais plus probablement encore une perte séminale.

Dans son traité *De locis affectis*, Galien signale une autre maladie de la verge et lui accorde les caractères

suivants : « *La douleur qui s'y manifeste (dans le pé-* « *nis) indique clairement l'ulcération, outre que les* « *urines entraînent avec elles quelqu'une des matières* « *inhérentes à l'ulcère..... Pendant qu'on urine, les ul-* « *cères de la verge font éprouver constamment une sensa-* « *tion mordicante, surtout lorsqu'ils sont à vif, la croûte* « *de l'ulcère* (ἑφελκίς) *ou la sanie étant détachée* (1). »

Il y a deux choses à distinguer dans ce passage : le fait et l'explication qui en est donnée. Le fait consiste en ceci : qu'il existait, au temps de Galien, une maladie localisée sur le canal de l'urètre, ayant pour symptômes un écoulement composé de matières analogues à celles que sécrètent les ulcérations, c'est-à-dire de pus, et une douleur mordicante, développée surtout par l'émission des urines. L'explication consistait à rapporter cette maladie à la présence d'un ulcère, présence absolument hypothétique.

Si j'ajoute que Galien décrit immédiatement après cette affection celle à laquelle il donne le nom de priapisme, il sera facile de reconnaître, dans ces divers passages, les signes habituels de la gonorrhée.

L'explication de Galien n'est pas, il est vrai, absolument opposée aux enseignements de l'anatomie pathologique. Depuis Morgagni jusqu'à M. Ricord, on trouve dans la science des exemples réels d'ulcères urétraux ; mais l'on sait aussi combien ces ulcères sont rares par rapport à la blennorrhagie elle-même. Il est établi que la douleur qu'ils provoquent est moins vive

(1) Galien, *loc. cit.*, p. 698.

que celle de cette dernière affection, et que l'écoulement auquel ils donnent naissance est, en général, peu abondant. On sait enfin que cette maxime de Stahl : *ubi pus ibi ulcus* (1), est absolument erronée, qu'il y a des sécrétions muco-purulentes sans destruction de tissus, qu'ainsi les caractères signalés par Galien ne prouvent pas du tout la présence d'un ulcère profond, mais bien l'existence d'une inflammation de l'urètre, en tout semblable à celle qu'on nomme maintenant blennorrhagie (2).

Concluons donc sur ce point. Si l'on compare aux maladies vénériennes les maladies des organes génitaux admises par les anciens, on trouve dans les descriptions qu'ils nous ont laissées, des signes évidents de ce qu'on nomme aujourd'hui les ulcères primitifs et les condylômes; on y rencontre aussi une affection en tout semblable, par ses caractères, à la blennorrhagie primitive, mais confondue avec les ulcères de l'urètre, erreur qui devait se propager bien avant dans les temps modernes. On serait ainsi parfaitement autorisé, par les exemples précédents, auxquels beaucoup d'autres pourraient être ajoutés, à soutenir que les anciens ont connu les formes primitives des mala-

(1) Stahl, *Op. om.*, t. III.

(2) Aëtius, *Tetrab.* IV, serm. II, cap. XIX, indique le traitement des ulcères du canal de l'urètre : *Ad interna in meatu urinæ ulcera;* et il conseille l'application d'un emplâtre sur le périnée : *inter anum et testes*, et une injection : *Ego autem cynaria collyria cum lacte diluta per clysteriolum injicio.* Ce mode de traitement établit une analogie nouvelle entre les ulcères urétraux des anciens et la blennorrhagie des modernes.

dies vénériennes, s'ils n'avaient omis deux caractères importants, leur transmission par le coït et l'existence de symptômes consécutifs. Faute par eux d'avoir satisfait à cette condition, un doute subsiste et l'affirmation est impossible.

Les médecins du moyen âge suivirent les errements de leurs devanciers, en précisant toutefois la question étiologique. D'une part, ils décrivirent les affections de l'appareil génital comme leurs prédécesseurs l'avaient fait; de l'autre, ils reconnurent de la manière la plus explicite leur transmission par le contact et, en particulier, par le coït.

Cette contagion des maladies des organes génitaux est établie d'abord par les édits rendus à différentes époques contre les prostituées ; en France par Charlemagne, à Londres, dès 1163, enfin, à Avignon, par la reine Jeanne Ire (1).

Elle l'est aussi par le témoignage des médecins; de Guillaume de Salicet et de Lanfranc de Milan, par exemple. Le premier parle des pustules, blessures, rougeurs, vésicules, crevasses qui se forment à la verge

(1) Becket nous a conservé dans ses *Transactions philosophiques* le décret dont il est ici parlé, et dans lequel il est défendu aux portiers de conserver dans leurs maisons des femmes ayant la maladie dangereuse de la brûlure (probablement la blennorrhagie).

Dans les statuts d'Avignon se trouve l'ordre de faire visiter les prostituées par un chirurgien, une fois la semaine ; « et, s'il s'en « trouve quelqu'une qui ait contracté du mal provenant de pail- « lardise, qu'elle soit séparée des autres, pour demeurer à part, « afin qu'elle ne puisse point avoir de rapport avec les hommes, « et qu'on évite le mal que la jeunesse pourrait prendre. » Astruc, *Malad. vén.*, t. I, p. 58.

à la suite du coït avec une *femme sale* ou avec une courtisane (1). Le second signale les bubons comme le résultat du commerce intime avec une *femme sale* ou avec une femme qui se serait livrée au coït avec un homme atteint de cette même affection (2) ; témoignage certain de la transmission de la maladie d'un sexe à l'autre indistinctement.

Guy de Chauliac (3) indique l'échauffement et la saleté de la verge venant pour avoir cohabité avec une femme *mal nette;* et Pierre d'Argelata, qui écrivait à Bologne en 1470, nomme ces mêmes lésions et les rapporte à une matière vénéneuse qui reste entre le gland et le prépuce. On trouve enfin dans l'ouvrage de Swédiaur (4) la traduction de passages empruntés à un traité de Guillaume de Plaisance, dans lesquels la transmission par le coït est parfaitement reconnue. On est ainsi forcé d'admettre qu'il existait des maladies contagieuses des organes de la génération bien avant la fin du quinzième siècle, sans être autorisé, pour cela, à considérer ces maladies comme étant de même ordre que la syphilis, cette dernière affection ayant des caractères particuliers.

§ III.

Ainsi que je l'ai indiqué déjà, ce mot de syphilis n'eut pas, à son origine, une signification aussi large

(1) G. de Salicet, *Cyrurgia*, liv. I, cap. CXLVIII.
(2) Lanfranc de Milan, trait. III, doct. II, chap. II.
(3) Guy de Chauliac, *Chirurgie*, trait. VI, doct. II, chap. VII.
(4) Swédiaur, *Trait. des mal. vénér.*, t. I, p. 29.

que celle qui lui fut accordée plus tard. La syphilis, c'était le mal français, le mal espagnol, le mal de Naples, et rien de plus. Or, cette affection se présenta, tout d'abord, avec des caractères distinctifs qui empêchèrent les médecins de la rapprocher des maladies déjà connues. Ces caractères ont été recueillis par les auteurs contemporains du quinzième siècle. L'un d'eux, Marcello di Como, chirurgien de l'armée envoyée par Venise contre Charles VIII, la décrit ainsi : « L'an 1495, en Italie, lorsque j'entrai au camp de Novare « avec les troupes des seigneurs vénitiens et milanais, « j'atteste avoir vu un grand nombre d'écuyers et de « fantassins, qui..... étaient atteints, à la face et sur le « reste du corps, de pustules qui commençaient or- « dinairement sur la face interne du prépuce ou sur « le gland, par un point comme un grain de millet, « avec un peu de démangeaison à l'endroit malade. « — Quelquefois le mal commençait par une pustule « semblable à une petite vésicule indolente, mais pru- « rigineuse, qui s'ulcérait par l'action de gratter, pre- « nait la forme d'une ulcération corrosive semblable « au formica, et les malades tombaient au bout de quel- « ques jours dans un état déplorable, parce qu'il leur « survenait des douleurs dans les bras, les cuisses et les « pieds, ainsi que de grosses pustules..... Lorsqu'on « ne faisait pas de remèdes, ces pustules duraient un « an, et souvent plus, sur le corps des malades qui « ressemblaient à des lépreux ou à des varioleux (1).»

(1) *Voyez* Bassereau, *Traité des affections de la peau consécutives à la syphilis*, p. 227.

Léonicène, à son tour, résume ainsi les caractères essentiels du mal français : « Pustulæ sunt a partibus « obscenis incipientes, mox totum corpus, atque ip- « sam præcipue faciem occupantes, præter fœtidita- « tem magnam insuper cruciatum plerumque affe- « rentes. » Et il ajoute : « Morbus gallicus est pustulæ « ex vario humorum corruptione generatæ. Propter « nimiam aeris in calore, atque humiditate præser- « tim intemperiem, pudenda primum, deindè reli- « quum corpus cum magno plerumque dolore occu- « pantes (1). »

Le mal français était donc, pour les auteurs qui assistèrent à son début, une affection pustuleuse pouvaut envahir les organes de la génération, aussi bien que les autres parties du corps, mais n'étant pas limitée à cet appareil comme il arrivait pour les ulcères et les végétations signalés par les anciens. Loin de là, si la maladie débutait par les parties honteuses (a partibus obscenis incipientes), elle n'y restait pas longtemps localisée ; et ses envahissements se reconnaissaient au développement des pustules et à l'apparition des douleurs. Ces symptômes du reste, pour être les plus importants, n'étaient point les seuls dont les malades eussent à souffrir. Aux pustules succédaient des ulcères destructeurs ; les os eux-mêmes étaient atteints ; une fièvre lente minait les forces, et la mort venait souvent mettre un terme à une vie devenue misérable.

(1) *Voyez* dans la Collection d'Aloysius, Nic. Leonicinus, p. 17 et 18.

Nicolas Massa (1) nous a laissé une description complète de ce mal français, si redouté alors, et, il faut bien le dire, si dangereux à l'époque où il parut. Il dit : « Sunt pustulæ cum quadam duritie, aut eminen-
« tia, et malo colore in capite toto, vel fronte circa
« originem capillorum, vel in aliis partibus, et maxime
« in angulis oris, et hæc sæpe in infantibus accidit, et
« in adultis quandoque quæ sunt eminentes, humidæ,
« quibus pustulis apparentibus, non est ambigendum
« deesse ægritudinis, maxime si post resurrectionem
« a somno ægri percipiunt membrorum gravitatem
« cum dolore gravativo, vel confractivo. Anteceditque
« dolor capitis, qui incipit in occasu solis, et declinat
« ante ortum solis, qui sæpe ad spatulos, et aliarum
« juncturarum partes extenditur. Et patientes fiunt pi-
« gri, somnolenti, et mutatur color ad palorem, nutri-
« menti defectus sensibilis sæpe est... Et aliquando est
« febricula, et sæpissime apparent ulcera virgæ, quæ
« sunt mala cum duritie callosa, quæ tarde sanantur,
« et pustulæ sunt circa pectinem, ex quo sæpe a prin-
« cipio, in his qui per coïtum inficiuntur, est signum
« demonstrativum morbi gallici sine fallacia. Et sequun-
« tur apostemata inguinum, quæ, si suppurantur, re-
« movent ægritudinem maxime a principio, quoniam
« inguina sunt emunctoria hepatis... quandoque a
« principio apparent in gutture mollificatio uvæ, et
« apostemata sclerotica mala, quæ non maturantur
« nisi raro, et ulcerantur ulceratione maligna, quæ

(1) *Voyez* in. Aloys. Nic. Massa, *de Morbo gallico*, c. VII, p. 46.

« apostemata in recidiva sæpe apparent, et in ægritu-
« dine antiqua, et a principio raro. Sunt etiam dolo-
« res articulorum, capitis et crurum, et aliquando in
« omnibus, et sæpe in aliquibus membris, et maxime
« in cruribus. Præterea sunt apostemata dura, adhæ-
« rentia panniculis et ossibus, ut sunt ossa furculæ
« pectoris, crurum et frontis, quæ vulgaribus gumma-
« ta appellantur. Sequuntur præterea ulcera maligna
« cum maximo dolore dum de novo fiunt, et corrosio
« mala oris. Apparent etiam fissuræ in volis manuum,
« et plantis pedùm cum squamis siccis. Et aliquando
« in aliquibus partibus corporis aliis fiunt crustæ, sive
« infectiones, in modum impetiginis et serpiginis. Fit-
« que durities juncturarum cum tumore in morbo in-
« veterato. Et qui malo utuntur regimine sæpe in pro-
« cessu fiunt asthmatici, et aliquando a principio, sed
« rarissime. »

Tous les auteurs contemporains de l'apparition de la syphilis en Europe, ceux qui écrivirent dans la première partie du seizième siècle, donnèrent des descriptions identiques de cette maladie. Ce qui doit frapper le plus dans la comparaison de ces différentes monographies, c'est l'accord, l'uniformité qu'elles présentent (1).

Or, si nous trouvons indiquées par tous les auteurs les pustules, les ulcères, les douleurs nocturnes, les maladies des os, carie et nécrose, nous ne rencontrons

(1) *Voyez* sur ce sujet les traités de Montesaurus, Jacob Catanée, Fracastor, André Mathiole, Louis Lobera, Jean de Vigo, Benedictus, Amatus Lusitanus, etc., in Aloysii collect.

aucune mention des condylômes et de la gonorrhée; si nous comparons les ulcères de la syphilis à ceux que les anciens observaient, nous trouvons entre eux d'énormes différences. Les ulcères du mal français étaient indurés, « *sæpissime apparent ulcera virgæ quæ sunt mala cum duritie callosa;* » ils étaient promptement suivis des signes d'une infection générale; deux caractères qui les séparent nettement des autres ulcérations.

Avant 1493 celles dont on parlait le plus étaient légères et superficielles, gangréneuses ou serpigineuses, mais l'induration ne semblait pas leur appartenir; au moins n'en rencontre-t-on qu'une mention assez vague, et encore plus rare. Ces ulcères pouvaient être assez graves pour amener la destruction entière des organes (1), mais ils paraissaient s'épuiser sur le point où ils avaient pris naissance, sans retentir sur l'ensemble de l'économie. Il n'y a donc pas lieu d'être étonné si les médecins ne songèrent pas à comparer le mal français aux affections des organes génitaux décrites par Hippocrate, Celse, Galien et par leurs successeurs; s'ils allèrent chercher d'autres analogies en rapprochant cette maladie nouvelle de l'éléphantiasis des Grecs, de la lèpre des Arabes, du feu des Persans ou de la mentagre.

Cette comparaison toutefois leur montra qu'il existait entre la syphilis et chacune de ces affections des différences assez tranchées; ces analogies furent donc

(1) *Voyez* l'observation de Héron rapportée par Swédiaur, *Traité des malad. vénér.*, t. I, p. 22.

abandonnées tour à tour, et la conclusion à laquelle les médecins furent conduits, fut que le mal français était une affection nouvelle, « *ista ægritudo est incognita, et nunquam a doctoribus visa* (1). » Aussi les auteurs de la première partie du seizième siècle s'attachèrent-ils à décrire comme des maladies tout à fait distinctes l'une de l'autre, les ulcères reconnus par les anciens, la gonorrhée, les végétations et la syphilis.

Plus tard, lorsque le mal français eut perdu de son intensité, que, sa marche étant devenue plus lente, il fut possible de mieux apprécier ses périodes, on accorda plus d'importance à l'ulcère induré des organes génitaux. Les végétations et les écoulements de l'urètre parurent n'être pas aussi différents de la syphilis qu'on l'avait cru tout d'abord. Ces affections étant puisées au milieu de conditions semblables, intéressant les mêmes organes, pouvant se compliquer l'une l'autre, furent mises sur le même rang. P. Maynard mentionna les végétations comme symptômes de la maladie nouvelle (2), et Musa Brassavole, la gonorrhée (3).

(1) P. Maynard, *in Aloysio.*

(2) Jean de Vigo dit aussi : « Nam ejus origo in partibus genitalibus videlicet in vulva in mulieribus, et in virga in hominibus semper fere fuit cum pustulis parvis, interdum lividi coloris, aliquando nigri nonnunquam subalbidi cum callositate eas circumdante... Post earum curationem, quamprimum pustulæ crustosæ et interdum cum carnositate elevata et modum verrucæ super caput, etc. » *De morb. gallic.* c. I.

(3) Il en fait la huitième forme élémentaire de la syphilis. Voyez *Aloys.*, t. I, p. 658.

La résultat direct de cette confusion fut de compliquer le tableau de la syphilis, de faire de cette maladie un de ces protées aux mille formes dont la marche n'offrait aucune régularité ; enfin, d'appliquer à toutes ces maladies les préceptes et le traitement qui convenaient à l'une d'elles.

Cette influence fâcheuse se fit sentir surtout lorsqu'on eut fait de la syphilis une affection spécifique, distincte de toutes les autres non-seulement par sa forme, mais surtout par sa cause et par son traitement. Du moment, en effet, où l'on rapportait son développement à l'infection de l'organisme par un virus, comme Fernel (1) et J. Cataneus (2) l'avaient fait, on devait se demander si cet agent pouvait engendrer indistinctement toutes ces formes morbides. La réponse devenait affirmative lorsque ces formes elles-mêmes étaient considérées comme les apparences diverses d'une même diathèse.

Du moment où le mercure, le gaïac et la salsepareille faisaient tous les frais du traitement, on était en droit de les administrer indistinctement, que le malade

(1) Fernel, *De lue venerera,* dit : « Qualis est virulentorum animantium pernicies atque contagio, talum velim existimetis latere ac teneri in lue venerea. » Il ajoute: « Primam autem occultam et venenatam illius esse naturam, tum ex invasionis modo, tum ex iis, quæ mox tradentur, perspicuum fiet. » *Aloysius,* t. I, p. 609.

(2) Jacob. Cataneus s'exprime ainsi sur la cause du mal français : « Quod quidem virus paulatim inficiendo corporis membra corripit, et ad venas usque perveniens, sanguinem... totamque massam humoralem tali veneno menstruali subjectam in sui similitudinem convertit. » *Aloysius,* p. 141.

fût porteur d'un chancre simple, d'un chancre induré, d'une blennorrhagie ou d'un groupe de végétations.

Du moment enfin où, comme le dit Astruc, les ulcères, les écoulements, les bubons et les poireaux étaient regardés comme les formes primitives de la vérole, on devait craindre de voir paraître à leur suite les éruptions, les douleurs, les ulcères destructeurs des périodes successives de cette maladie ; on était autorisé, par conséquent, à opposer à chacun de ces états pathologiques le médicament curatif et préservatif de cette affection, le mercure. De là ces traitements de précaution, l'effroi des malades ; traitements que les efforts persévérants de l'école de M. Ricord tendent de plus en plus à faire abandonner.

On eût évité bien des tâtonnements et bien des discussions en restant fidèle aux enseignements de ceux qui avaient été témoins des premiers ravages causés par le mal français, en se rappelant que cette réunion de toutes les maladies contagieuses des organes génitaux en une même diathèse était condamnée par l'histoire ; celle-ci ne pouvant nous autoriser à mettre la blennorrhagie signalée par Galien, peut-être même par Moïse, au nombre des symptômes d'une maladie que les médecins observaient pour la première fois en 1493, et à confondre avec cette dernière les condylômes, si bien décrits par les anciens. Au point de vue de l'histoire, il y avait là trois maladies distinctes quant au moment de leur apparition.

Cette confusion, malgré tout, fut maintenue ; et les théories qui s'agitèrent tour à tour en syphilo-

graphie furent appliquées indistinctement aux chancres, aux végétations et à la blennorrhagie. Soit qu'on voulût, comme on l'essaya tout d'abord, expliquer les phénomènes de la syphilis à l'aide de la doctrine de Galien, soit qu'on essayât d'appliquer à cette affection les théories du seizième siècle, de manière à tout expliquer en elle par l'influence de la conjonction des astres sur les humeurs, ou par l'action d'un ferment; soit, enfin, qu'on admît, avec Paracelse, l'existence d'un miasme, et, avec Fernel, celle d'un virus, le même problème se présentait. Fallait-il appliquer à toutes les maladies vénériennes ce qu'on croyait être vrai de la syphilis? Astruc et Hunter répondirent par l'affirmative; mais Hahnemann d'abord et, après lui, M. Ricord repoussèrent cette conclusion. De toutes les théories auxquelles les médecins aboutirent, trois seulement sont représentées de nos jours : celle de Hunter, celle de Hahnemann, celle de M. Ricord. La première, acceptée par la plupart des chirurgiens non spécialistes, la seconde par l'école homœopathique, la troisième par les élèves de l'hôpital du Midi. Je les analyserai rapidement.

§ IV.

Doctrine de Hunter. — Hunter ne reconnaissait qu'un virus, n'admettait qu'une seule maladie vénérienne, pouvant se présenter et se transmettre sous trois formes : la blennorrhagie, le chancre et la syphilis constitutionnelle, auxquelles il fallait ajouter les bubons et les végétations. La blennorrhagie était, selon

lui, l'effet du virus syphilitique, se localisant sur une *surface naturellement sécrétante*, une membrane muqueuse ; le chancre était, au contraire, le résultat de ce même agent développant sa puissance sur une *surface non sécrétante* (1). Le bubon (2), symptôme intermédiaire, se formait lorsque le virus passait dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques ; les végétations prenaient naissance par suite de l'irritation causée par le virus vénérien sur le gland ou le prépuce (3). Ces quatre formes morbides constituaient la syphilis primitive.

Selon Hunter, la maladie reste locale durant toute cette période, l'action du virus ne dépassant pas alors l'épaisseur du tissu sur lequel il a été déposé. Plus tard, lorsque ce virus pénètre plus avant, la constitution tout entière en ressent l'influence ; de là le nom de *syphilis constitutionnelle* donné à la seconde période de la maladie (4).

(1) *Voyez* Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, traduction de M. Richelot avec des notes de M. Ricord, 3e édition. Paris, 1859, p. 34.

(2) « Le *bubon*, dit Hunter, p. 487, qui est la conséquence im-
« médiate des maladies locales appelées *gonorrhée* et *chancre*, et
« la syphilis constitutionnelle (*lues venerera*), qui en est la con-
« séquence éloignée, sont le résultat de l'absorption du pus vé-
« nérien récent sur une surface avec laquelle il a été mis en con-
« tact ou sur laquelle il s'est formé..... On ne pouvait donner
« la véritable théorie de la formation du bubon avant de savoir
« que les vaisseaux lymphatiques sont les seuls absorbants. »

(3) « Une autre disposition que le poison vénérien développe
« dans les parties de la génération, est une disposition à for-
« mer des excroissances ou tumeurs cutanées appelées poi-
« reaux (p. 462). »

(4) Les paroles de Hunter ne laissent aucun doute à cet égard.

Cette seconde période, enseigne Hunter, se compose de symptômes multiples (1), se présentant successivement sur la peau et les membranes muqueuses, sur le périoste et sur les os, occupant enfin les viscères, pendant la dernière période de la maladie. Hunter fait très-justement remarquer que la syphilis, au milieu de ces transformations, affecte une marche constamment envahissante, qu'elle s'étend des parties superficielles aux organes plus profondément situés; et il attribue à des causes secondaires, particulièrement à l'action de la température, la préférence du virus pour les tissus les plus superficiels (2).

Le chirurgien anglais divise ces symptômes con-

Il dit : « Le poison vénérien peut affecter le corps de l'homme « de deux manières différentes : *localement*, c'est-à-dire, dans les « parties seulement sur lesquelles il est appliqué directement; « et *constitutionnellement*, c'est-à-dire consécutivement à l'ab- « sorption du pus vénérien qui, mêlé à la circulation générale, « affecte un certain nombre de parties.

« Entre le mode d'affection local et le mode d'affection consti- « tutionnel, on observe certaines maladies intermédiaires qui se « développent pendant les progrès de l'absorption : ce sont des « inflammations et des suppurations qui forment ce qu'on ap- « pelle des bubons, et qui produisent un pus de même nature « que celui de la maladie primitive (p. 50). »

(1) « Quand le pus vénérien a passé dans la circulation, ajoute « Hunter, et circule avec le sang, il détermine dans l'économie « une irritation qui a pour conséquence une action morbide. « De cette irritation naissent plusieurs maladies locales, telles « que des pustules sur la peau, des ulcères sur les amygdales, « l'épaississement du périoste et du tissu osseux (p. 51). » (*Comp. avec la Description de la syphilis constitutionnelle*, p. 594 et *passim.*)

(2) *Voyez loc. cit.*, p. 585.

sécutifs en deux parties : ceux qu'il regarde comme une suite habituelle de la blennorrhagie, et ceux qui succèdent, suivant lui, aussi bien aux chancres qu'à la gonorrhée (1). C'est à ces derniers seulement qu'il réserve le titre de syphilis constitutionnelle.

Cette division des symptômes secondaires se trouve en opposition avec la réunion des symptômes primitifs en un seul groupe ; car, si la blennorrhagie ne diffère du chancre que par sa forme, si elle est un effet du virus vénérien, on ne comprend pas pourquoi elle aurait des effets spéciaux, différents de ceux qui succèdent à l'ulcère lui-même.

Dans sa première période la maladie vénérienne est exclusivement contagieuse ; elle se transmet alors du mari à la femme, de la nourrice à l'enfant, ou réciproquement (2). Parvenue à l'état constitutionnel, elle peut encore pénétrer l'organisme, pourvu que le pus virulent soit déposé sur une plaie, sur un ulcère simple, ou sur quelque autre surface absorbante. « En « général, écrit Hunter, elle a sa source dans les af- « fections locales que j'ai décrites précédemment, et « dont le pus est absorbé et porté dans la constitution.

(1) Dès le début de son livre, Hunter admet cette identité de fond entre ces affections de formes diverses ; il soutient « que « le pus de la gonorrhée produit indistinctement une gonorrhée, « un chancre ou la syphilis constitutionnelle, et que le pus d'un « chancre peut produire également une gonorrhée, un chancre, « ou la syphilis constitutionnelle (p. 33). » Ceci ne l'empêche pas cependant de décrire à part les maladies qui sont considérées comme un effet consécutif de la gonorrhée, et la syphilis constitutionnelle, p. 243.

(2) *Loc. cit.*, p. 50.

« Il paraît que le pus vénérien peut pénétrer dans la « constitution, consécutivement à son application « pure et simple, et sans avoir produit d'abord l'un « ou l'autre des effets locaux ci-dessus mentionnés, « ainsi que je l'ai dit en traitant de la formation des « bubons ; mais cela ne semble avoir lieu que lors- « qu'il est appliqué sur certaines parties du corps, telles « que le gland, que l'on peut appeler des surfaces « *semi-internes*. Je crois qu'il ne peut être pompé par « les vaisseaux absorbants ou la peau saine, mais je « ne fais ici qu'exprimer une opinion (1). » Il ajoute encore : « Il (le virus) peut être porté également dans « la constitution après avoir été appliqué sur des ul- « cères communs, bien qu'il ne rende pas nécessaire- « ment ces ulcères vénériens (2). »

On voit par ces citations que Hunter admettait la syphilis constitutionnelle d'emblée, ce que l'école de M. Ricord a nié de la façon la plus complète.

Tout le monde sait avec quel soin Hunter a décrit les nombreuses formes morbides qu'il rapportait au virus syphilitique, et, en particulier, le chancre, origine des symptômes constitutionnels. Cet ulcère a même retenu pendant longtemps le nom du chirurgien anglais ; on lui donne aujourd'hui le titre d'*induré*. C'est ce même ulcère que nous avons retrouvé déjà dans les descriptions du seizième siècle, et que les médecins considéraient alors comme étant le point de départ du mal français.

On sait aussi que notre auteur mit une extrême

(1) *Traité de la maladie vénérienne*, p. 542.
(2) *Loc. cit.*, p. 543.

attention à tracer le traitement de la maladie vénérienne. S'agit-il de la gonorrhée ? Il déclare que son spécifique est inconnu (1) ; il croit qu'elle peut guérir d'elle-même si la constitution n'y met obstacle (2), et conseille souvent l'expectation (3). Lorsque le médecin se décide à agir, il peut user soit de médicaments pris à l'intérieur, soit d'applications locales, mais, dans ce cas, « il faut éviter toute thérapeutique violente, « car elle pourrait renouveler l'irritation (4). »

Le chancre réclame plus d'attention. Cette ulcération « persiste le plus souvent, sinon toujours, jusqu'à « ce que l'art en opère la guérison (5). » Elle est souvent influencée par des dispositions morbides particulières au malade : « C'est pourquoi son traitement, « tant local que constitutionnel, est susceptible de « varier beaucoup (6)..... Pour cette raison, les « symptômes concomitants réclament une grande atten- « tion. Le mercure est le moyen curatif des symp- « tômes vénériens considérés abstractivement ; mais il « n'existe aucun spécifique pour les autres symptômes, « dont le traitement doit varier suivant la constitu- « tion (7). »

Toutefois, le chancre étant une maladie locale, et,

(1) *Traité de la maladie vénérienne*, Paris, 1859, p. 120.
(2) *Ibid.*
(3) *Ibid.*, p. 123.
(4) *Voyez loc. cit.*, p. 123 et 137, pour le traitement de la constitution dans la gonorrhée.
(5) *Loc. cit.*, p. 407.
(6) *Ibid.*
(7) *Ibid.*

de plus, le foyer où se puise le pus vénérien, le point par lequel il pénètre dans l'organisme, Hunter conseille de le détruire localement par les caustiques ou par le bistouri. Mais « le traitement d'un chancre « n'est pas la même chose que sa destruction ; il con- « siste, non dans la destruction de l'ulcère, mais dans « la destruction de la disposition vénérienne de cet « ulcère, qui par là se trouve guéri, en tant qu'ulcère « vénérien (1). » Le meilleur moyen d'arriver à ce but est d'employer le mercure à l'extérieur et à l'intérieur.

Hunter préconise encore le mercure contre le bubon vénérien, qu'il prend soin de distinguer du bubon scrofuleux. Ce qu'il veut avant tout, c'est que ce médicament soit appliqué de manière à passer par l'absorption à travers la glande malade, et à « péné- « trer dans la constitution par la même voie que le « poison a suivie pour y entrer (2). »

Quant aux poireaux, ils ne réclament point le mercure ; il faut seulement les exciser ou les détruire par les escarotiques, méthode incomplète, puisque, de l'aveu de notre auteur, « après que ces poireaux ont « été, en apparence, suffisamment détruits, il arrive « souvent qu'ils se développent de nouveau, non par- « ce qu'on en a laissé une portion, mais parce que « la surface de la peau reste douée de la même dispo- « sition (3). »

(1) *Traité de la maladie vénérienne*, p. 417.
(2) *Ibid.*, p. 521.
(3) *Ibid.*, p. 464.

N'eût-il pas été juste de conclure de ce fait que ces végétations ne sont point une maladie locale, que pour elles, comme pour la gonorrhée, le spécifique était inconnu, mais qu'il fallait le chercher et non pas se borner à un traitement chirurgical dont l'insuccès était patent ?

Le traitement de la syphilis constitutionnelle n'est pas moins bien indiqué que celui de la syphilis primitive. C'est aussi le mercure qui doit en faire les frais ; mais, pour réussir, il faut que ce médicament pénètre dans l'organisme ; « pour guérir les « effets locaux et visibles de la maladie, il faut l'at- « taquer par la voie qu'a suivie l'infection, c'est-à-dire « par l'intermédiaire du sang (1). » L'action du médicament se mesure par la quantité de substance absorbée : « Les effets du mercure sur la constitution, « dit Hunter, sont toujours en raison directe de la « quantité de mercure qui y a pénétré (2). » Deux voies sont offertes à cette absorption : la peau et l'estomac. « La méthode externe, suivant l'auteur, « est préférable à la méthode interne, quand elle peut « être adoptée sans inconvénient, parce que la peau « n'est point aussi essentielle à la vie que l'estomac, « et qu'elle peut supporter beaucoup plus de stimula- « tion que ce viscère (3). » Le mercure vient-il à échouer, la résine de gaïac et la racine de salsepareille peuvent être utiles ; mais le métal reste toujours le seul

(1) *Traité de la maladie vénérienne*, Paris, 1859, p. 663.
(2) *Ibid.*, p. 665.
(3) *Ibid.*, p. 669.

spécifique sur lequel il soit permis de compter (1).

On le voit, la doctrine de Hunter se résume en quelques propositions : 1° Admission d'un seul virus vénérien capable de manifester sa présence par deux formes morbides : le chancre et la gonorrhée, maladies essentiellement locales, mais qui donnent lieu à une sécrétion continuelle de pus virulent. 2° Plus tard, absorption de ce virus qui passe dans le sang et cause sur certains organes une irritation spécifique, laquelle a pour résultat la production de groupes de symptômes, qui varient en raison du tissu affecté, en raison aussi de la période à laquelle la maladie est parvenue, et auxquels on a donné le nom de syphilis constitutionnelle. 3° Entre les symptômes primitifs et les symptômes constitutionnels, développement de formes mixtes : le bubon et les végétations ; le premier dû à l'action directe du pus virulent sur les vaisseaux et les ganglions lymphatiques ; les secondes, effets d'une irritation que l'auteur indique sans y insister. 4° Traitement spécifique pour le chancre, expectant ou rationnel pour la gonorrhée, spécifique encore pour le bubon et la syphilis constitutionnelle, chirurgical pour les végétations. 5° Nécessité de faire passer le mercure, autant que possible, par les mêmes voies que le virus. 6° Action du médicament proportionnée à sa dose, ou tout au moins à la quantité absorbée.

Doctrine de Hahnemann. — Hahnemann se rapproche de Hunter sur plusieurs points, mais s'en éloigne

(1) *Ibid.*, p. 705 et *passim*.

sur beaucoup d'autres. Il admet, comme son devancier, la nature virulente de la syphilis, mais il reconnaît plusieurs maladies vénériennes, relevant de virus différents.

Pour lui ces maladies sont au nombre de deux : la *syphilis* et la *sycose;* la première ayant pour symptômes primitifs le chancre et le bubon (1); la seconde, se caractérisant par le développement des végétations. C'est à cette dernière diathèse que notre maître reconnaît pour caractère distinctif des « excroissances « des parties génitales qui, plusieurs jours ou plusieurs « semaines après l'infection par le coït, surviennent ac- « compagnées généralement, mais non toujours, d'une « sorte d'écoulement gonorrhéique par l'urètre, sont « rarement sèches et en forme de verrues, plus souvent « molles, spongieuses, imbibées d'un liquide fétide, « saignantes à la moindre cause, et semblables à des « crêtes de coq ou à des choux-fleurs, et pullulent, chez « l'homme, sur le gland ainsi qu'à la surface et au- « dessous du prépuce ; chez la femme, aux alentours « de la vulve, puis à la vulve elle-même tuméfiée (2). »

Quant à la blennorrhagie, on voit par la citation précédente qu'elle était considérée par Hahnemann comme étant le plus souvent de nature sycosique. Cette opinion semble cependant n'avoir pas été bien arrêtée ; car, dans une note (3) du *Traité des ma-*

(1) Hahnemann, *Doctrine et traitement homœopathique des maladies chroniques*, trad. de Jourdan, Paris, 1846, t. I, p. 120.

(2) *Ibid.*, p. 117.

(3) Il est dit dans cette note que « le miasme des autres go-

ladies chroniques, il admet des écoulements d'espèces différentes produits par des miasmes, sur la nature desquels il ne se prononce pas, mais qui auraient la propriété d'irriter localement les organes urinaires. Toutefois, si Hahnemann paraît être dans le doute relativement à la nature du virus gonorrhéique, s'il ne dit pas ce qu'il est, il dit au moins ce qu'il n'est pas ; et dans aucun cas, il ne l'assimile au virus syphilitique. Selon lui, la syphilis et la blennorrhagie constituent deux maladies parfaitement distinctes, et qui se rapprochent par un seul caractère : leur virulence. Ce caractère, du reste, est commun à toutes les maladies vénériennes, que le fondateur de l'homœopathie range au nombre des *véritables maladies chroniques,* lesquelles *doivent naissance à un miasme chronique* (1). « En Europe, ajoute Hahnemann, et dans d'autres « contrées du globe, on ne trouve, d'après tous les « renseignements qui nous sont parvenus, que trois « de ces miasmes chroniques, dont les maladies se « manifestent par des symptômes locaux, et d'où pro- « viennent sinon *toutes,* du moins *la plupart* des af- « fections chroniques; ce sont : la *syphilis,* que j'ap- « pelais autrefois *maladie vénérienne chancreuse,* la « *sycose* ou maladie des fics, et enfin la *psore,* qui est « la source de l'exanthème de la gale (2). »

« norrhées ordinaires (celles qui ne dépendent pas du miasme « sycosique) paraît ne point pénétrer l'organisme entier, et ne « faire qu'irriter localement les organes urinaires (p. 118). »

(1) *Voyez Organon,* § 78.

(2) *Voyez Traité des maladies chroniques,* 1846, t. I, p. 14. Par le mot *autrefois*, Hahnemann fait ici allusion à son

L'existence des virus étant admise, Hahnemann recherche quel est leur mode d'action; et il arrive sur

Traité de la maladie vénérienne, traité qu'il publia en 1789, et dont j'ai donné la traduction en tête des *Études de médecine homœopathique*. (T. I, Paris, 1855.) Ce livre publié à une époque où l'homœopathie n'était point encore formulée, et où les doctrines de Hunter étaient dans toute leur vigueur, fut écrit sous l'influence évidente de ces dernières. L'imitation ne fut pourtant jamais complète ; plus d'une fois on vit le jeune auteur rompre avec la science officielle, et indiquer quelques-unes de ces vérités générales qu'il concevait alors, et qu'il devait bientôt résumer en un corps de doctrine.

En 1789, Hahnemann admettait, il est vrai, qu'il n'existe qu'une maladie vénérienne ayant pour forme primitive, soit une gonorrhée, soit un chancre, suivant que la propriété du tissu envahi est de donner lieu à quelque sécrétion physiologique ou d'être recouverte d'un épiderme. Il reconnaissait aussi « une autre disposition or-« ganique, qui se traduit par d'autres accidents locaux, que l'on « pourrait appeler *syphilis symptomatique*, et qu'en raison de « ses manifestations isolées ou multiples, on a coutume d'appe-« ler *maladie vénérienne générale*, *cachexie syphilitique* (§ 6). » La différence signalée entre l'action du pus sécrété dans ces deux périodes de la syphilis, différence telle que celui des accidents primitifs est inoculable, tandis que celui des symptômes secondaires ne l'est pas, est admise par Hahnemann comme elle l'avait été par Hunter, tous deux devançant ainsi d'un demi-siècle l'école de M. Ricord.

L'accord reste encore assez complet entre les deux auteurs, lorsqu'il s'agit de fixer la valeur de chacun des symptômes primitifs de la syphilis, Hahnemann déclarant aussi que la gonorrhée et le chancre sont des maladies locales, que la syphilis constitutionnelle est plus rare après la première de ces affections qu'à la suite de la seconde, parce que l'écoulement urétral ne s'accompagne pas d'ulcérations, et que l'absorption du pus virulent est ainsi plus difficile. Le mode de formation du bubon est le même pour Hahnemann que pour Hunter, c'est encore à l'action directe du virus que cet engorgement est rapporté.

Mais l'accord cesse entre eux lorsqu'il s'agit des végétations.

ce point à une solution tout à fait différente de celle

« On est si peu d'accord sur la nature des végétations, écrit « Hahnemann, et sur la place qu'il convient de leur assigner dans « le tableau de la syphilis, qu'il me sera permis, je pense, de ne « pas les considérer comme appartenant à la syphilis constitu- « tionnelle, mais de les ranger parmi les symptômes vénériens « primitifs et idiopathiques (§ 340). » Notre maître complétait cette pensée quelques années plus tard, en faisant de ce symptôme l'origine d'une maladie vénérienne absolument distincte de la syphilis chancreuse et à laquelle il donnait le nom de *sycose*.

Ce désaccord entre Hahnemann et ses devanciers se montre plus clairement encore lorsqu'il s'agit du traitement. Il préconise, il est vrai, la méthode ordinaire contre la gonorrhée, déclare que son spécifique n'est pas connu (§ 71) ; mais, pour le chancre, il veut un traitement tout différent de celui du chirurgien anglais. Il rejette complétement les applications locales, soutenant que « déplacer l'ennemi de quelque recoin impénétrable ne peut s'appeler guérir (§ 343), » il indique ensuite un traitement général dont le mercure soluble devait être la base. La nécessité d'une médication interne lui paraît mieux démontrée encore pour la syphilis constitutionnelle, dont la généralité n'était même plus un sujet de discussion.

Quelle que soit la période à laquelle la maladie est parvenue, Hahnemann recommande de rechercher l'action dynamique et spécifique du médicament, de faire tous ses efforts pour éviter ses effets perturbateurs. « Ce qu'il y a de positif, dit-il, c'est que la « destruction du virus n'est indiquée ni par l'absorption d'une « masse considérable de mercure donnée dans un temps très- « court, comme on l'a cru, ni par la salivation dont l'effet curatif « est très-limité, ni par les effets purgatifs que le métal peut dé- « velopper en quelques cas ; en un mot, que la cause de la ma- « ladie n'est entraînée ni par la salivation, ni par la diarrhée, ni « par les sueurs (comme Sanchez le pense), ni même par un « flux d'urine ; mais que la guérison dépend bien plus d'une « *modification spécifique de l'organisme*, à laquelle on peut, je « crois, donner le nom de *fièvre mercurielle* (§ 289). »

Cette fièvre a des caractères tranchés. « Le malade se plaint « d'avoir un goût métallique dans la bouche, de sentir conti- « nuellement une mauvaise odeur. Il éprouve des borborygmes

de Hunter. Celui-ci croyait que le premier effet de

« non douloureux, mais qu'on entend à distance. Son teint « devient terreux ; le nez se pince, un cercle bleu se forme au- « tour des yeux ; ses lèvres sont blanches ; enfin le malade accuse « un frisson continuel qui va toujours en augmentant et envahit « peu à peu les parties les plus profondes. Le pouls est petit, « dur et fréquent. Le sujet a une tendance continuelle à vomir, « du dégoût pour tous les aliments, surtout pour la viande ; une « céphalalgie déchirante et pressive, qui se fait sentir de préfé- « rence à l'occiput et à la racine du nez. Le nez, les oreilles, les « mains et les pieds sont froids. Il y a de la soif et de la consti- « pation. Le sommeil est troublé par des rêves effrayants, ac- « compagnés de petites sueurs. L'abattement est extrême ; il y a « de l'agitation et une oppression anxieuse telle que le malade « croit n'avoir jamais rien enduré de semblable. — Les yeux sont « brillants, comme remplis d'eau, il y a un enchifrènement con- « tinuel : les muscles du cou sont raides, comme dans le rhuma- « tisme ; la langue est couverte d'un enduit blanc. Lorsque tout « va bien, il arrive au malade un malaise douloureux en avalant, « une douleur vive à la base de la langue, de chaque côté de la « bouche ; les dents lui semblent molles et branlantes, et la « gencive se retire vers la racine de la dent, devient fongueuse, « rouge, sensible et gonflée, les amygdales et les glandes sous- « maxillaires se tuméfient, l'haleine prend une odeur rance toute « spéciale, *sans que la sécrétion salivaire paraisse augmentée*, « et sans qu'il y ait ni diarrhée ni sueurs profuses (§ 295). »

Dans la pensée de Hahnemann, « c'est de la force de ce mouvement fébrile et non de la quantité des évacuations que dépend la guérison (§ 291). »

Le moyen d'atteindre à ce but est d'employer une substance facilement absorbable. « La préparation mercurielle la plus cer- « taine dans son action, la plus énergique et la moins perturba- « trice, sera celle qui donnera à ce métal la faculté de se dis- « soudre dans les liquides de l'estomac, et d'être ensuite facile- « ment absorbée ; celle dont les effets chimiques seront le « moins marqués, mais qui permettra au médicament de dé- « ployer toutes ses propriétés spécifiques (§ 463)..... Le mercure « oxydé, ajoute Hahnemann, sans le moindre mélange d'acide « est le seul qui agisse sur les premières voies d'une façon pres-

ces agents pathogéniques était tout à fait local (1), et que « que imperceptible, et sans causer de douleur, le seul qui pénètre « aisément dans nos humeurs, et que l'on puisse donner en quan- « tités exactes et bien pesées (§ 534). »

Tous les homœopathes reconnaîtront sans peine, dans ces citations, le germe de la méthode à laquelle Hahnemann devait s'arrêter plus tard pour tous les médicaments. Ce qu'il donne ici comme une condition essentielle de l'action curative du mercure, il devait en faire, un jour, une loi générale de thérapeutique, loi qui consiste à préférer l'action dynamique des médicaments à leur action locale, leur action spécifique à leurs effets perturbateurs. Le moyen seul a changé ! Au lieu de l'oxydation, procédé recommandé pour le mercure, mais inapplicable au plus grand nombre des agents thérapeutiques, Hahnemann substitua la dilution et la trituration prolongées, ce qui le conduisit à l'emploi des doses infinitésimales. Mais si le procédé est différent, le but reste le même, et c'est celui que nous devons encore nous proposer d'atteindre.

Une dernière remarque. Si l'on compare les opinions acceptées par Hahnemann au sujet de la pathologie de ce qu'il nomme avec Hunter la maladie vénérienne, et celles qu'il professe relativement à la thérapeutique de cette diathèse, on est surpris de la contradiction qui s'y rencontre. Tandis que l'auteur rapporte à une seule et même cause, met sur le même plan la blennorrhagie et le chancre, de l'autre il indique pour ces deux affections un traitement absolument opposé ; tandis qu'il considère l'ulcère primitif comme une maladie locale, il recommande de lui opposer un traitement général, le seul qui puisse être curatif. Il veut, de plus, qu'on administre le mercure de manière à n'obtenir que son action dynamique et spécifique, et à éviter ses effets perturbateurs. N'est-il pas évident qu'Hahnemann, se laissant guider par une observation attentive, a été conduit, pour la syphilographie d'abord, à modifier la pathologie par la thérapeutique, pour mettre la première en harmonie avec les résultats de la seconde ?

(1) Hunter pensait même que les symptômes de la syphilis constitutionnelle avaient ce caractère. Il dit : « Je désigne par le « mot *constitutionnel*, cette forme de la maladie ; cependant, à la « rigueur, elle ne mérite pas cette qualification, car chacune des « affections morbides qui en sont la conséquence est *véritablement*

c'était seulement après avoir irrité ou ulcéré les tissus qu'ils passaient dans les vaisseaux lymphatiques, puis dans la constitution tout entière. Hahnemann, au contraire, déclare que l'absorption du virus doit précéder toute action morbide, et que c'est seulement après avoir désaccordé la force vitale que les altérations locales apparaissent. « C'est seule-« ment, dit-il, après que tous les organes sont ainsi « pénétrés par le mal reçu dans le corps, quand l'or-« ganisme est devenu de toutes parts vénérien, c'est-« à-dire lorsque la maladie vénérienne a complété son « développement intérieur, que la nature s'efforce de « soulager le mal interne et de le réduire au silence, « en faisant apparaître un symptôme local (1). »

Partant de ce principe, notre maître reconnaît trois périodes dans le développement d'une maladie vénérienne : l'infection, l'incubation et le développement des lésions organiques.

L'*infection* a lieu dans un moment indivisible. « Dès « que, par suite d'un coït impur, le miasme syphiliti-« que s'est trouvé imprégné dans la partie sur laquelle « il a frotté, dès ce moment même il n'est plus local, « et le système nerveux entier, tout le corps vivant a « déjà perçu sa présence, le miasme est déjà devenu « la propriété de l'organisme entier (2). » La preuve, c'est qu'on « a beau s'essuyer, se laver même sur-le-

« *locale*, et est produite par le simple contact du poison avec les « parties affectées. » (Hunter, *Malad. vénérienne*, 1859, p. 50.)

(1) *Voyez Doct. et trait. des maladies chron.*, 1846, t, I, p. 54.

(2) *Loc. cit.*, p. 123.

« champ avec quelque liqueur que ce soit, et même... « on a beau exciser la partie, il est trop tard, tout « est inutile, la maladie se développe nécessaire- « ment (1). »

L'*incubation* comprend toute cette période pendant laquelle se développe l'action dynamique du virus. « Lorsque l'infection a pris, ajoute Hahnemann, le « corps vivant tout entier en est aussitôt pénétré. Im- « médiatement après le moment de l'infection, la for- « mation de la maladie vénérienne commence dans « tout l'intérieur (2). »

Enfin, après l'incubation arrive le développement des symptômes : « En troisième lieu, la manifestation « du mal extérieur, par laquelle la nature annonce « que la maladie miasmatique s'est intérieurement dé- « veloppée et répandue dans l'organisme entier (3). »

Après avoir ainsi reconnu l'existence et le mode d'action des virus vénériens, Hahnemann cherche quels en sont les effets. Pour le virus syphilitique, il en admet trois d'ordres différents. D'abord le chancre, dans lequel le pus contagieux se puise toujours, et qui est « apte à communiquer le même miasme, c'est-à- « dire la maladie vénérienne chancreuse à d'autres « personnes par l'effet du contact (4). » Avec cet ul- cère et comme son compagnon obligé, il indique le bubon. Après le chancre, « des symptômes à chaque

(1) *Ibid.*, p. 123.
(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 53.
(3) *Ibid.*, 1846, t. I, p. 49.
(4) *Ibid.*, 1846, t. I, p. 54.

« instant nouveaux et de plus en plus fâcheux (1) ; » enfin des formes morbides mal caractérisées, et auxquelles on a donné le nom de *syphilis larvée, pseudo-syphilis* (2).

Hahnemann rapporte les deux premiers groupes de symptômes à l'action du virus syphilitique seul ; quant au dernier, il lui paraît être le résultat de la complication de la syphilis avec une de ces affections chroniques, également virulentes, et dont la gale était pour le fondateur de l'homœopathie la forme primitive et contagieuse.

Notre maître fait une remarque importante relativement à ces complications; c'est qu'elles ne peuvent avoir lieu si les deux virus qui s'ajoutent ne sont en activité, si la psore n'est elle-même en complète évolution ; la syphilis suivant, au contraire, son cours habituel, quand elle vient à frapper sur un sujet chez lequel la psore est à l'état latent. « La syphilis, « dit-il, ne se complique pas plus que la sycose avec « la gale encore latente (3). »

Il assigne à la syphilis un troisième caractère : son incurabilité par les seules ressources de la force vitale. « C'est ainsi, dit-il, qu'une affection vénérienne « chancreuse, qui n'a jamais été guérie par le mer- « cure, son spécifique, et qui s'est transformée en sy- « philis, ne s'éteint jamais d'elle-même, mais aug- « mente d'année en année, même chez les sujets les

(1) *Voyez Doctrine et trait. des mal. chron.* 1846, t. I, p. 10.
(2) *Ibid.*, p. 129.
(3) *Ibid.*, p. 124.

« plus robustes et qui mènent la vie la plus régulière, « et ne cesse non plus qu'à la mort de déployer des « symptômes à chaque instant nouveaux et de plus « en plus fâcheux (1). »

La syphilis était donc pour Hahnemann une maladie virulente, générale de son début à sa terminaison, pouvant revêtir des formes diverses, dont la première était essentiellement contagieuse, et les autres héréditaires; enfin une maladie incurable par les seules ressources de la nature, exigeant par conséquent un traitement spécifique, capable de détruire la cause même de toutes ces souffrances.

La sycose présente, dans l'opinion de notre maître, les mêmes caractères généraux. Elle débute par des excroissances, accompagnées souvent mais non toujours d'un écoulement urétral; excroissances qui paraissent contagieuses, puisqu'elles se montrent quelques jours après le coït. A leur suite, on voit survenir des symptômes consécutifs, parmi lesquels « tantôt « des excroissances analogues sur d'autres points du « corps, tantôt des élévations spongieuses, blanchâtres, « sensibles et plates, dans la bouche, sur la langue, « au palais, aux lèvres, tantôt de gros tubercules sail- « lants et bruns dans les aisselles, au col, au cuir « chevelu, etc.; » ou bien il se manifestait d'autres « affections parmi lesquelles je ne citerai ici que le « raccourcissement des tendons des muscles fléchis- « seurs, notamment de ceux des doigts (2). »

(1) *Ibid.*, p. 10.

(2) *Voy. Doct. et trait. des malad. chron.*, 1846, t. I, p. 118.

Hahnemann admet encore que le virus de la sycose est capable de se combiner avec ceux de la syphilis et de la psore pour produire des formes morbides mixtes, compliquées quant à leurs symptômes et quant à leur traitement. — Ces complications, du reste, sont soumises aux mêmes lois que celles du virus syphilitique ; elles ont lieu seulement lorsque les agents qui s'unissent sont en activité, et non quand ils se trouvent à l'état latent (1).

Cette manière de comprendre la pathogénie des virus conduisit Hahnemann à diriger le traitement des maladies vénériennes tout autrement que Hunter ne l'avait fait ; c'est-à-dire, à condamner d'une manière absolue, ce qu'on appelait le traitement local des symptômes primitifs, et à se borner à l'emploi de médicaments spécifiques donnés à l'intérieur. « Comme la présence du chancre ou du bubon, dit-il, « pendant le traitement, annonce que la syphilis sub- « siste encore dans l'intérieur, de même lorsque ce « chancre ou ce bubon disparaît, sous l'influence du « seul médicament mercuriel donné à l'intérieur, sans « qu'on ait recours à un remède dirigé contre le « symptôme local lui-même, et sans que celui-ci laisse « la moindre trace, il est parfaitement certain que « tout vestige de la syphilis intérieure se trouve éteint « au moment de la cicatrisation achevée du chancre, « ou de la disparition du bubon. »

« Mais il suit non moins clairement de là que toute

(1) *Loc. cit.*, p. 119.

« disparition du chancre ou du bubon qui succède à « l'emploi de purs moyens externes, n'étant point « l'effet de l'anéantissement de la maladie vénérienne « interne, par l'administration intérieure du remède « mercuriel approprié, laisse la certitude que la syphilis « existe encore dans le corps, et que tous ceux qu'on « leurre de l'espoir d'une guérison parfaite, après les « avoir soumis à un pareil traitement local, n'en sont « pas moins pénétrés de la maladie vénérienne qu'ils « ne l'étaient avant la destruction du chancre (1). »

« Ce qui est vrai de la syphilis, l'est aussi de la sycose « dont la force vitale ne peut également point triom- « pher seule, » et qu'on croyait « guérir après la des- « truction des excroissances à la peau, ne faisant pas « attention que son foyer ou sa source existait tou- « jours (2). » Aussi, ajoute Hahnemann, « le résultat « immédiat et naturel de cette méthode était ordinai- « rement qu'elles (les végétations) reparaissaient au « bout de quelque temps, et qu'alors on les soumet- « tait vainement à un nouveau traitement non moins « cruel et douloureux, ou que, quand on parvenait « ainsi à les détruire, la sycose, privée du symptôme « local qui tenait lieu de l'infection interne, se ma- « nifestait d'une manière plus fâcheuse, par des maux « secondaires, les moyens de destruction extérieurs « employés contre les excroissances et le mercure « administré intérieurement contre une maladie à « laquelle il n'était point approprié, n'étant point ca-

(1) *Ibid.*, p. 126.
(2) *Organon*, § 79.

« pables de diminuer en rien le miasme sycosique, « dont l'organisme entier se trouvait comme im- « prégné (1). »

Ces critiques adressées par Hahnemann au traitement habituellement préconisé et suivi, sont encore vraies de nos jours, et l'homœopathie fait exception sur ce point, comme il arriva au moment de la publication du *Traité des maladies chroniques*. Aujourd'hui encore, le but que se propose le médecin homœopathe, lorsqu'il est appelé à traiter la syphilis ou la sycose, est de détruire le désaccord général qui constitue le fond de la maladie. Il sait, en effet, que ce résultat une fois obtenu, l'ulcère se trouve réduit à l'état de plaie simple, dont la cicatrisation ne se fait pas attendre; que la végétation se flétrit et ne tarde pas à tomber.

Pour arriver à ce résultat, il lui faut seulement choisir le médicament approprié. Comme je le prouverai plus loin, le seul moyen d'arriver à reconnaître cette substance, est de s'appuyer sur la loi des semblables, l'expérimentation pure et le principe d'individualisation des maladies. S'il est vrai, en effet, que le *mercure* guérisse la plupart des chancres, le *thuya* et l'*acide nitrique*, un grand nombre de végétations, le *cannabis*, le *natrum muriaticum*, etc., certaines gonorrhées, il ne l'est pas moins que ces médicaments ont la puissance de produire sur l'homme sain, l'ensemble des symptômes par lesquels ces maladies se caractérisent.

(1) *Doct. et trait. des malad. chron.*, Paris, 1846, p. 117.

La loi des semblables est donc la base de la thérapeutique des maladies vénériennes, comme elle est celle de toutes les souffrances auxquelles l'homme est exposé.

Hahnemann, en formulant la doctrine des maladies chroniques, ne s'est donc pas borné à ajouter une théorie nouvelle à celles qui existaient déjà, il a fait accomplir à la pratique un immense progrès. Il ne s'est pas contenté d'enseigner qu'il fallait opposer aux maladies vénériennes un traitement général et spécifique, il a dit pourquoi ce traitement ne devait comprendre que des médicaments internes, et comment on arrivait à reconnaître ces spécifiques. Ce faisant, il dépassa de beaucoup les doctrines de ses prédécesseurs, doctrines auxquelles il avait sacrifié un moment, dont il retint ensuite les vérités, tout en sachant combler leurs lacunes et s'affranchir de leurs erreurs.

Doctrine de M. Ricord. — La troisième doctrine dont nous trouvions des représentants, est celle de M. Ricord. Plus populaire, et il faut le dire, plus précise, sous certains rapports, que celle de Hunter, elle a eu le privilége d'attirer à son auteur bien des sympathies et de lui susciter un grand nombre d'oppositions.

M. Ricord, pour juger les questions douteuses qui divisaient les syphilographes, a substitué l'expérience à l'observation ; au moins a-t-il relégué cette dernière au second plan, lui demandant seulement de confirmer les résultats que la première lui aurait fournis.

Le mode d'expérience auquel il s'est arrêté est l'inoculation. En soumettant à cette épreuve le pus sécrété par les différentes formes de ce que Hunter

appelait la *maladie vénérienne*, il est arrivé à des conclusions différentes de celles que cet auteur avait formulées. Pour M. Ricord, parmi les maladies *dites vénériennes*, une seule est virulente ; c'est la *syphilis chancreuse ;* car elle seule fournit, à sa première période, du pus inoculable. Cette diathèse se caractérise tout d'abord par un symptôme unique, le chancre ; après lequel apparaissent le plus souvent les signes de la syphilis constitutionnelle. Je dis le plus souvent, car les suites du chancre ne sont pas toujours aussi terribles. Si cet ulcère repose sur un tissu sain, s'il n'offre aucune dureté à sa base, il n'y aura pas de symptômes consécutifs ; s'il est induré au contraire, les phénomènes secondaires et tertiaires apparaîtront nécessairement. Aussi M. Ricord a-t-il coutume de comparer le chancre mou à la fausse pustule vaccinale, et le chancre induré à la vraie pustule caractéristique de la vaccine (1). Il exprime ce résultat d'une autre manière encore, en appelant le chancre mou, chancre *non infectant*, et en réservant le titre d'*infectant* au chancre induré.

Cette dernière dénomination rappelle une théorie relative, on le devine, au mode de pénétration du virus.

(1) Cette comparaison a été abandonnée dans ces derniers temps, et quelques élèves de l'hôpital du Midi, en particulier M. Diday, de Lyon, ont soutenu que chacun de ces chancres était le produit d'un virus différent. M. Ricord, dans ses *Leçons sur le chancre*, a discuté cette nouvelle hypothèse, sur laquelle il ne s'est pas définitivement prononcée. *Voyez* Diday, *Exposition des nouvelles doctrines de la syphilis*. Paris, 1858, p. 146, et Ricord, *Leçons sur le chancre*, p. 223.

Pour M. Ricord, comme pour Hunter, l'action du virus syphilitique est tout d'abord locale ; le chirurgien français va même si loin sous ce rapport, que la période d'incubation lui paraît être consacrée tout entière à la production d'une sorte de vésication sur le point contaminé. La preuve, selon lui, se trouve dans ce fait, que si le pus spécifique a été déposé au fond d'une plaie, son action ulcérative est immédiate.

Dans tous les cas, le *poison morbide* ne pénètre jamais dans l'économie sans qu'il y ait un chancre. Celui-ci est donc la porte d'entrée du virus: c'est encore l'analogue de la morsure du chien enragé (1).

A mesure qu'il est absorbé, le virus produit des effets divers. D'abord l'induration caractéristique de sa base, ensuite le bubon, plus tard les symptômes secondaires et tertiaires de la vérole (2).

L'*induration* est le premier effet que l'on constate à la suite du chancre. Dès qu'elle existe, le diagnostic est sûr et le pronostic certain ; le malade subira toutes les transformations de la diathèse, si un traitement approprié ne s'y oppose.

Le *bubon* accompagne aussi bien le chancre mou que le chancre induré, mais il diffère dans chacun de ces cas. Si le chancre est mou, le bubon est superficiel, mono-ganglionnaire; il suppure aisément. L'ulcère une fois ouvert, fournit un pus inoculable, et ses bords prennent un aspect semblable à ceux du chancre. Si l'ulcère est induré, le bubon l'est égale-

(1) *Voyez* Ricord, *Leçons sur le chancre*, p. 77 et *passim*.
(2) *Ibid.*, *Lettres sur la syphilis*, p. 130 et *passim*.

ment ; il ne suppure pas, et se présente sous la forme de ganglions distincts séparés comme les grains d'un chapelet. Dans aucun cas, le bubon ne se forme, si un chancre n'existe déjà, ce dernier étant la source unique à laquelle le virus puisse être puisé (1).

La syphilis constitutionnelle est toujours précédée d'un chancre (2) ; elle paraît à époque fixe. Ses premiers symptômes se manifestent du troisième au sixième mois qui suivent le développement de l'ulcère. La syphilis tertiaire a une époque d'apparition également régulière, que le mercure seul est capable d'éloigner. La marche de la syphilis n'est jamais rétrograde : elle est au contraire continue et sans cesse envahissante. En aucun cas, la diathèse ne recule quand elle a une fois commencé ses ravages, ce qui a fait dire à M. Ricord qu'on n'a la vérole qu'une fois. Le fait est que les chancres contractés par un sujet soumis à l'empire de la diathèse, ne peuvent jamais s'indurer, et que le malade, après avoir traversé la première période de la vérole, n'y revient en aucun cas ; une infection nouvelle n'ayant d'autre effet que de hâter la marche du mal, sans le faire jamais rétrograder. M. Ricord enseigne aussi qu'il y a

(1) M. Diday se sépare de son maître en admettant le bubon d'emblée. (*Exposit. des nouvelles doct. de la syphilis*, Paris, 1858, 7e lettre, p. 186 à 220.)

(2) Dans une discussion récente, soulevée devant l'Académie de médecine par un Rapport de M. Gibert, la question de la syphilis constitutionnelle d'emblée a été de nouveau résolue par l'affirmative. (Voy. *Bulletin de l'Académie*, t. XXIV, p. 883.) Cette fois M. Ricord a été moins absolu ; il n'a point repoussé les conclusions du rapport ; il s'est contenté seulement de faire ses réserves.

entre la syphilis primitive et la syphilis constitutionnelle plus qu'une différence de forme, mais une modification profonde imprimée au virus; différence telle que le pus sécrété par le chancre à sa période de *progrès* ou de *statu quo spécifique* (1), s'inocule toujours, tandis que celui des ulcérations secondaires, des plaques muqueuses, etc. ne s'inocule jamais (2) ; d'où M. Ricord conclut que le premier seul doit être contagieux. Selon lui, la diathèse, lorsqu'elle a dépassé sa première période, cesse d'être transmissible du mari à la femme, mais elle est communicable des parents aux enfants : en un mot, elle devient héréditaire au moment où elle cesse d'être contagieuse. D'un autre côté, les symptômes de la syphilis héréditaire étant toujours de l'ordre des effets secondaires ou tertiaires, ne peuvent, pour cette raison, être transmis par l'enfant à sa nourrice (3). Lorsqu'il en est autrement, lorsque le nouveau-né offre des ulcères contagieux et inoculables, ceux-ci doivent être considérés comme primitifs, et le médecin est en droit de rechercher quel a été le point de départ de l'infection.

Ainsi, dans l'opinion des partisans des nouvelles doctrines syphilographiques, il n'y a qu'une maladie vénérienne réellement virulente, c'est la syphilis. Le

(1) *Lettres sur la syphilis.*

(2) *Ibid.*, p. 213 et *passim.*

(3) M. Diday, *De la syphilis des nouveau-nés*, a émis une opinion différente. D'après lui, rien n'est plus contagieux que la syphilis héréditaire, laquelle se transmet non-seulement de l'enfant à sa nourrice, mais encore de celle-ci à tous ceux qui peuvent avoir avec elle quelque contact.

poison capable de la produire, détermine des effets d'ordre divers : les uns contagieux et inoculables, les autres auxquels on dénie ce double mode de transmission, et qui seraient seulement héréditaires. Les premiers se réduisent à deux symptômes : le chancre et le bubon ; les seconds, beaucoup plus nombreux, se montrent successivement. Au milieu de ces transformations diverses, la maladie devient toujours plus grave et plus profonde. Ses phénomènes paraissent, du reste, dans un ordre régulier et à des époques relativement fixes; on ne les observe jamais sans qu'ils aient été précédés d'un chancre. En d'autres termes, il n'y a pas de syphilis constitutionnelle d'emblée, comme Hunter paraissait le croire ; le chancre est au contraire l'exorde obligé de la vérole (1), la source d'où s'écoule le virus qui doit infecter l'organisme. Lorsque ce pus est déposé sur un tissu sain ou sur une plaie, sa première action ne dépasse pas les limites du tissu contaminé. Le chancre, enseigne M. Ricord, est au début une affection purement locale, qui doit être détruite sur place (2), si l'on veut conjurer le danger prochain.

Le traitement de cette maladie est décrit d'une manière conforme à cette opinion. Ce que veut avant tout M. Ricord, c'est qu'on détruise l'ulcère aussi promptement que possible, par des cautérisations profondes et répétées. Cette destruction

(1) *Leçons sur le chancre*, p. 10.
(2) *Ibid.*, p. 207.

est, à son avis, la seule planche de salut qui reste au malade, le seul moyen qui soit curatif de l'ulcère et préservatif de la syphilis constitutionnelle (1).

Plus tard, quand cette dernière n'a pu être évitée, le traitement doit être général et spécifique. Il varie alors en raison de la période à laquelle la maladie est parvenue. Aux accidents secondaires il faut opposer le mercure; aux accidents tertiaires, l'iodure de potassium (2).

La blennorrhagie diffère absolument du chancre, non-seulement par sa forme symptomatologique, mais aussi par sa nature, et c'est l'inoculation qui nous fait reconnaître cette vérité. Toutes les fois qu'on dépose le muco-pus sous l'épiderme, le résultat est négatif; et cette expérience mille fois répétée détruit absolument le principe posé par Hunter, à savoir que le virus syphilitique produisait indistinctement une gonorrhée ou un ulcère. Aussi longtemps que ce muco-pus est emprunté à un urètre non-ulcéré, enseigne M. Ricord, il ne produit pas de chancre, la plaie d'inoculation ne tarde pas à se cicatriser. Mais s'il arrive que l'écoulement urétral soit produit par un chancre interne, le résultat n'est plus le même, l'inoculation donne lieu à un chancre, et cette contre-épreuve vient confirmer cette autre proposition : que le virus emprunté à un ulcère de cet ordre est seul

(1) *Ibid.*
(2) *Ibid.*, p. 208, et *Lettres*, p. 273.

capable d'en produire un de même forme et de même nature (1).

M. Ricord conclut encore de ce fait, que la blennorrhagie n'est point une maladie virulente, parce qu'elle n'est point inoculable. Il ajoute qu'elle n'est point spécifique, parce que toutes les causes génératrices des phlegmasies sont aptes à la produire. Comme elle ne dépend pas d'une cause interne, il n'y a rien à redouter de ses suites; jamais elle n'est suivie d'accidents semblables à ceux de la syphilis.

Cette théorie conduit naturellement à traiter localement une affection aussi locale que la gonorrhée (2), et à bannir le mercure de la thérapeutique d'une maladie aussi différente de la syphilis. Je dirai même que le grand service rendu par l'école de M. Ricord consiste particulièrement dans l'exclusion dont le médicament est ici frappé. Tout le monde sait à quel abus la doctrine de Hunter avait conduit sous ce rapport. Du moment où l'on admettait que la syphilis constitutionnelle pouvait remplacer la gonorrhée, il était naturel d'instituer des traitements mercuriels de précaution, traitements souvent inutiles et toujours dangereux (3). Grâce à la distinction établie par la nouvelle école syphilographique entre le chancre et la blennorrhagie, les malades sont désormais affran-

(1) *Lettres sur la syphilis*, 4e, 5e, 6e et 7e *lettres*. — *Voyez* aussi Diday, *loc. cit.*, *lettre* II.

(2) *Voyez* sur le traitement local et abortif de la blennorrhagie les *Lettres sur la syphilis*, et surtout l'*Exposition des nouvelles doctrines*, par M. Diday, p. 77 et *passim*.

(3) *Voyez* Diday, *loc. cit.*, p. 92 et *passim*.

chis d'un semblable abus, et la science se trouve ramenée au point où le seizième siècle l'avait conduite, à ce moment où le mal français était séparé de toutes les maladies contagieuses des organes de la génération, et où la gonorrhée et les végétations ne semblaient pas lui appartenir.

Dans l'opinion de M. Ricord, les condylômes ne font pas partie de la vérole (1). Ils succèdent, il est vrai, quelquefois aux chancres, mais on les voit aussi survenir après une blennorrhagie ; ils ne fournissent jamais un pus inoculable, ne paraissent pas contagieux. Il faut donc ou les ranger parmi les symptômes secondaires, ou leur refuser toute nature syphilitique. Un des élèves de M. Ricord, M. Diday (2), cherchant à déterminer la nature des condylômes, les a considérés comme appartenant à l'ordre des verrues, solution incomplète du moment où l'on ne fixe pas d'une manière exacte la cause de ces dernières, et l'espèce pathologique à laquelle elles appartiennent.

La seule opinion nettement exprimée par l'école de l'hôpital du Midi, relativement aux végétations, consiste à en faire un accident local, sur lequel le mercure, l'or et les sudorifiques n'ont aucune influence ; qu'on doit combattre par des remèdes locaux, parmi lesquels il faut citer en première ligne la cautérisation et l'excision (3).

(1) *Voyez* les notes ajoutées au livre de Hunter, p. 499 et *passim*
(2) *Voyez* Diday, *loc. cit.*, p. 257 et *passim.*
(3) *Notes à Hunter*, p. 502.

Il est facile de voir maintenant les rapports qui existent entre les doctrines de M. Ricord et celles de Hunter et de Hahnemann. Avec le premier, il ne reconnaît qu'un virus vénérien ; avec le second, il n'accorde à ce virus qu'une puissance limitée, celle d'engendrer un chancre suivi d'un bubon. Comme notre maître, il n'accorde de caractère contagieux qu'aux formes primitives de la syphilis, et il considère les symptômes constitutionnels comme étant seuls transmissibles par hérédité.

Mais M. Ricord se sépare de l'homœopathie pour sacrifier à l'organicisme, lorsqu'il enseigne que l'action du virus syphilitique est primitivement locale, et lorsqu'il fait de la blennorrhagie et des condylômes des affections sans virulence et sans généralité.

Si l'on compare maintenant les trois doctrines que je viens d'esquisser, et autour desquelles se groupent mille nuances diverses, on reconnaîtra que cinq questions fondamentales se trouvent soulevées par elles. 1° L'unité ou la pluralité des virus; 2° la spécificité de leurs effets ; 3° leur mode d'action ; 4° les conditions de leur transmission et de leur développement ; 5° enfin, leur traitement, toujours subordonné au degré de généralité qu'on leur accorde.

L'histoire a, je crois, répondu déjà au premier de ces problèmes. Il résulte, en effet, des considérations précédentes, qu'il n'y a dans les ouvrages des médecins de l'antiquité aucune trace certaine de cette maladie à laquelle on donnait, au quinzième siècle, le nom de *mal français*, et qu'on désigne plus particu-

lièrement aujourd'hui sous celui de syphilis ; — qu'on y trouve, au contraire, des descriptions exactes de formes morbides qui sont, il est vrai, classées par quelques auteurs modernes au nombre des maladies vénériennes, mais que les anciens considéraient comme des affections locales, parfaitement distinctes ; — que ces affections ont apparu à des époques trop éloignées les unes des autres pour que nous soyons autorisés à y voir autre chose que des maladies différentes.

CHAPITRE II.

Syphilis chancreuse.

Il est inutile de discuter aujourd'hui sur l'existence du virus syphilitique : c'est désormais un fait acquis à la science, et sur lequel personne n'élève de doutes. La syphilis peut donc être définie : *une maladie virulente, débutant par un symptôme contagieux, le chancre, accompagné le plus souvent du bubon.*

Le chancre est, en effet, le premier symptôme par lequel le virus révèle sa présence; c'est le phénomène essentiel de la première période de la maladie. Plus tard, d'autres souffrances viennent le remplacer; et lorsque la syphilis a été transmise par voie de génération, et non plus seulement par le contact; lorsqu'elle est *héréditaire* au lieu d'être *acquise,* elle se montre avec des caractères particuliers, et affecte une marche toute spéciale. De là, l'habitude consacrée par tous les auteurs, d'étudier séparément la *syphilis primitive*, la *syphilis secondaire,* et la *syphilis héréditaire,* division naturelle, à laquelle nous ne devons pas déroger.

§ I.

SYPHILIS PRIMITIVE.

Le premier effet du virus syphilitique, ai-je dit, est

de produire un *chancre*, dont le caractère essentiel est de sécréter un pus contagieux et inoculable, c'est-à-dire, capable de faire naître, sur tous les points où il aura été absorbé, des ulcérations semblables à celle qui lui a donné naissance.

Cet ulcère peut affecter toutes les parties du corps; sa propriété étant de se développer sur le point même où le pus a été déposé. Ainsi que l'enseigne Astruc, « les parties du corps qui ont reçu le virus vérolique « sont aussi les premières à en ressentir l'impression; « comme les parties naturelles dans les sexes, si le mal « est venu par l'acte vénérien; la langue, les gencives, « le dedans des joues, le palais, le gosier des enfants, « si le mal a été pris en tétant, ou bien, dans les amants, « s'il a été pris en baisant; les mamelons dans les « nourrices, si elles ont été infectées (1). »

Ce n'est pas, toutefois, aussitôt après le contact que les effets extérieurs de la syphilis se manifestent; il se passe constamment plusieurs jours entre le moment où le pus a été absorbé, et celui où l'ulcère commence. Le temps qui s'écoule ainsi a reçu le nom de *période d'incubation*.

Cette période passée, l'ulcère commence. On s'accorde à dire qu'il débute d'une manière différente, suivant que le tissu contaminé était intact, suivant, au contraire, qu'il présentait au préalable une solution de continuité.

Dans le premier cas, il est précédé par une pustule;

(1) *Voyez* Astruc, *Traité des maladies vénér.*, t. I, p. 315. Trad. française.

dans le second, rien de semblable n'a lieu : la plaie s'entoure d'un cercle inflammatoire, et revêt peu à peu les caractères de l'ulcère spécifique.

Les malades accusent rarement la présence de la pustule initiale. Lorsqu'ils consultent le médecin, celle-ci a le plus souvent disparu, sans avoir été soupçonnée ou reconnue. Tout se réduit donc pour nous à constater l'existence d'un ulcère, qui se creuse rapidement, se recouvre d'une matière grisâtre, sécrète un pus visqueux et tenace, parfois sanguinolent et ichoreux, offre des bords taillés à pic, dentelés, décollés et renversés. Tantôt cet ulcère repose sur des tissus qui ont conservé leur consistance normale, tantôt les parties voisines et subjacentes se sont épaissies, formant au chancre une base dure et élastique, qu'on nomme *induration*.

Ces deux formes sont celles sous lesquelles le chancre apparaît tout d'abord; mais il peut présenter, dans le cours de son existence, des modifications profondes, dont on a fait autant de variétés. Parfois le fond de l'ulcère s'élève, se boursoufle, végète, ce qui lui a fait donner le titre d'*ulcère végétant*. D'autres fois, il est frappé de gangrène; d'autres fois encore, il s'étend en détruisant tout ce qu'il rencontre, et reçoit alors le nom de *phagédénique*.

On s'est demandé si ces différentes variétés constituaient autant d'espèces, relevant de virus distincts. La réponse a été négative pour les trois dernières : la végétation d'un ulcère primitif, sa dégénérescence gangréneuse, le phagédénisme ont été consi-

dérés comme l'effet de complications dues au traitement, à la constitution du malade, à l'existence d'affections antérieures, enfin à des influences encore inappréciées.

Il n'en a pas été de même du *chancre mou* et du *chancre induré*. Ceux-ci ont paru tout à fait indépendants; et dernièrement on les a regardés comme les effets de deux causes distinctes, comme la forme primitive de deux diathèses.

Le grand argument qu'on a fait valoir en faveur de cette opinion se trouve dans cette particularité : que chacun de ces ulcères se transmet suivant son espèce ; le chancre mou engendrant, par le contact, le chancre mou, et le chancre induré produisant un chancre induré, chez tout sujet exempt jusque-là de syphilis. Ce résultat, proclamé par M. Diday, a été confirmé par MM. Fournier et Caby, en comparant les chancres observés chez des hommes traités à l'hôpital du Midi, avec ceux que portait la femme par laquelle ils avaient été infectés, et qui se trouvait retenue pour cette cause, soit à l'infirmerie de la prison de Saint-Lazare, soit à l'hôpital de l'Ourcine (1).

L'hypothèse de deux virus pouvant produire chacun une espèce de chancre, se trouve confirmée, du reste, par les différences profondes qui séparent les ulcères dont j'ai parlé, différences qui portent à la fois sur leurs caractères anatomiques, sur leur mode de transmission, et sur les conséquences qu'ils peuvent avoir.

(1) Ricord, *Leçons sur le chancre*, p. 282, et Note X.

1° *Sur leurs caractères anatomiques.* — Le *chancre mou* a ses bords taillés à pic, un fond irrégulier, vermoulu ; il sécrète une grande quantité de pus virulent, ce qui le rend très-contagieux et facilement inoculable ; il a une longue durée, et passe très-aisément au phagédénisme.

Le *chancre induré* est cupuliforme ; ses bords sont adhérents, sa surface est lisse ; son fond est chagriné, comme aréolaire, quelquefois gris, lardacé, mais toujours recouvert d'une espèce de vernis. Ce chancre sécrète une petite quantité de pus, et devient rarement phagédénique.

M. Ricord a résumé ces différences de forme, en disant que le chancre mou paraissait fait à l'emporte-pièce, et le chancre induré à l'évidoir (1).

Ces deux espèces d'ulcérations présentent encore d'autres différences. La première, se multipliant très-facilement par inoculation de voisinage, est rarement solitaire ; la seconde reste au contraire presque constamment isolée : résultat facile à comprendre, si l'on se rappelle que les sécrétions purulentes du chancre mou sont très-abondantes, tandis que celles du chancre induré ne le sont pas.

Une autre différence, jusqu'ici inexpliquée, se présente dans ce fait : que la région céphalique semblerait être réfractaire au chancre mou, tandis qu'elle serait très-accessible au chancre induré.

Enfin, deux caractères essentiels séparent ces ulcé-

(1) Ricord. *loc. cit.*, p. 19.

rations : je veux dire la *base* sur laquelle elles reposent, et le *bubon* qu'elles engendrent.

La *base* du chancre mou ne diffère pas, par sa consistance, des tissus sains qui l'environnent ; le chancre induré, au contraire, repose sur une masse compacte, élastique, rénitente, qui lui a valu son nom. En général, cette *induration* a une forme hémisphérique ; elle dépasse l'ulcère en largeur, l'encadre de toutes parts ; sa consistance donne, au toucher, une sensation spéciale ; elle pénètre souvent assez profondément dans les tissus. D'autres fois, au contraire, elle reste mince et superficielle ; on lui donne alors le titre de *parcheminée* (1).

L'induration vient après le chancre, jamais avant : c'est du troisième au quinzième jour après la formation de l'ulcère qu'on la voit apparaître. Elle persiste souvent après la cicatrisation de ce dernier, se retrouve même après le soixantième jour, et aurait été observée après neuf années, et même encore au bout de trente ans. Elle se ramollit quand le chancre se cicatrise, reparaît quelquefois après s'être effacée, et s'accompagne d'une teinte bronzée de la peau. Si elle est parcheminée et très-étendue, elle peut être confondue avec un cancer ; erreur qu'il importe d'éviter.

Cette induration est due à l'épanchement d'une lymphe plastique dans les vaisseaux absorbants, avec suffusion dans le tissu cellulaire du voisinage. Elle est d'autant plus marquée que la région où elle existe

(1) Ricord, *loc. cit.*, p. 86.

est plus riche en vaisseaux lymphatiques. Aussi la reconnaît-on facilement sur le prépuce ; et la trouve-t-on moins bien caractérisée aux caroncules myrtiformes, au vagin, à l'anus, où elle est plus mince. Du reste, la femme y est tout aussi exposée que l'homme.

L'induration est quelquefois envahie par le phagédénisme ; elle peut aussi devenir la base d'un chancre mou, faculté qui a donné lieu à bien des méprises et à de nombreuses discussions.

Le chancre mou et le chancre induré diffèrent encore par l'engorgement ganglionnaire qui les accompagne.

Cet engorgement est le complément ordinaire de l'ulcère vénérien primitif, et se trouve toujours en rapport anatomique avec ce dernier ; son siége n'est donc pas constant. Si le chancre existe aux parties génitales, les ganglions inguinaux s'engorgent ; si le chancre occupe quelque région insolite, la pléiade ganglionnaire correspondante est affectée ; celle de l'aisselle, si l'ulcère est au doigt ; les ganglions sous-maxillaires, s'il existe sur les lèvres ; ceux du cou, s'il est dans la gorge. Cette condition est commune au chancre mou et au chancre induré.

A côté de cette analogie, il existe entre ces deux espèces de tumeurs de nombreuses différences.

Le *bubon* qui accompagne le chancre mou est superficiel, muco-ganglionnaire. Comme les lymphatiques de la verge sont entrelacés, il n'existe pas toujours du même côté que l'ulcère. Il se forme dans deux

circonstances : par absorption directe du pus virulent, et par réaction sympathique.

Dans le premier cas, le ganglion suppure et donne un pus inoculable, c'est-à-dire, capable de produire un chancre, quand on l'insère sous l'épiderme. Pour réussir dans cette expérience, il faut savoir que la coque celluleuse qui entoure le ganglion, s'enflamme en même temps que ce dernier ; suppure en même temps que lui, mais fournit un pus simple, qui n'a rien de virulent; de sorte qu'en se servant de ce second pus, que la lancette rencontre tout d'abord, on n'obtient aucun résultat.

Dans le second cas, le ganglion s'enflamme par réaction sympathique, et sans qu'il y ait eu d'absorption directe. Alors, si la tumeur suppure, ce qui n'a pas toujours lieu, elle ne fournit jamais de pus inoculable.

Le chancre mou n'a pas un retentissement nécessaire sur les ganglions lymphatiques; seulement, lorsque ce retentissement a lieu, les ganglions superficiels sont seuls envahis, et la tumeur a une tendance extrême à suppurer.

Il n'en est pas de même du chancre induré. Celui-ci amène nécessairement l'engorgement et l'*induration* des ganglions voisins : ce qui a fait dire à M. Ricord qu'il n'y avait pas *de chancre infectant sans bubon symptomatique induré* (1).

Ce bubon occupe les ganglions profonds, se com-

(1) *Loc. cit.*, p. 122.

pose de plusieurs tumeurs distinctes, ayant un petit volume, séparées les unes des autres, et offrant une consistance analogue à celle de l'induration. Il a peu de tendance à s'enflammer. S'il suppure, c'est toujours le fait d'un accident, et le pus n'est jamais inoculable.

Ce bubon se forme en même temps que l'induration, persiste longtemps après la disparition de l'ulcère, restant alors comme un dernier signe accusateur de l'accident primitif.

Le *chancre mou* et le *chancre induré* diffèrent donc l'un de l'autre : leur forme, la base sur laquelle ils reposent, l'engorgement ganglionnaire qui les accompagne, les séparent profondément.

2° Ils se distinguent aussi par *leur mode de transmission*.

Il est un fait parfaitement établi maintenant, c'est que le chancre, considéré d'une manière générale, a toujours un chancre pour origine ; qu'il faut ainsi abandonner l'opinion de Hunter, d'après laquelle un même pus produirait un chancre ou une blennorrhagie, suivant la nature du tissu sur lequel il aurait été déposé. L'expérience d'abord, l'observation ensuite, ont permis de rectifier cette assertion du chirurgien anglais.

Les nombreuses expériences d'inoculation ont prouvé, en effet, que du moment où l'on insère sous l'épiderme, ou sous l'épithélium, du pus emprunté à un chancre arrivé à sa période d'état, on obtient toujours un chancre pour résultat de cette opération ; que, si on inocule du pus emprunté à une blennorrhagie

ou à une végétation, on n'obtient rien. Le chancre engendre donc le chancre, et lui seul peut le produire.

Il était plus difficile d'arriver à une solution aussi précise par l'observation ; le médecin n'étant pas toujours à même de confronter le sujet infectant et le sujet infecté. De là, le doute qui a régné si longtemps sur ce point, de là aussi l'assertion de Hunter et l'adhésion qu'elle a rencontrée. Mais aujourd'hui, des observations assez nombreuses ont été recueillies, pour qu'on soit autorisé à dire que l'observation a confirmé de tous points les données de l'expérience ; et que, chaque fois qu'il a été possible de remonter à la source d'un ulcère syphilitique primitif, on a trouvé une ulcération semblable pour point de départ.

Il est bien arrivé quelquefois que le pus du chancre a produit un écoulement de l'urètre, assimilé par quelques-uns à la blennorrhagie ; mais M. Ricord a prouvé que cette sécrétion pathologique était due à la présence d'un ulcère spécifique sur la muqueuse du canal. Dans ce cas, le chancre était profond au lieu d'être superficiel, larvé au lieu d'être apparent, mais son existence était positive. Ce fait n'est donc pas une exception à la loi que j'indiquais tout à l'heure, à savoir : que le pus emprunté à un ulcère syphilitique est seul capable d'en faire naître un de même forme et de même espèce.

J'ai dit déjà, qu'en poursuivant leurs recherches, quelques syphilographes avaient reconnu encore que le chancre mou, communiqué par le contact à un su-

jet sain, donnait lieu à un ulcère de cette espèce, tandis que le chancre induré engendrait toujours un chancre induré.

L'observation seule avait conduit à ce résultat, que l'expérience ne pouvait venir confirmer, le médecin le plus hardi n'étant jamais autorisé à tenter l'inoculation de la syphilis chez des sujets exempts de cette maladie (1).

Les syphilographes ne se sont pas cependant laissé arrêter par cet obstacle. Ne pouvant expérimenter sur l'homme sain, ils l'ont fait sur le malade, et ils sont arrivés à confirmer encore la différence signalée par l'observation entre les deux espèces de chancres primitifs.

Ils ont constaté que le pus emprunté au chancre mou pouvait être inoculé indéfiniment au malade lui-même, tandis que le pus emprunté à un chancre

(1) Il y a eu cependant quelques exemples d'une pareille témérité ; mais ces tentatives ont été franchement réprouvées par les syphilographes français. M. Diday, en particulier, s'est vivement élevé contre eux. « Quant à l'expérimentation, a-t-il écrit à propos des expériences de M. Wallace et de Walter, à celle notamment du malade à l'homme sain, paix aux faits accomplis ! mais pour l'avenir, respect aux droits de l'humanité ! Prêtons, de grâce, l'oreille à ce qu'on peut dire, à ce qu'a le droit de dire le public dont nous nous étonnons ingénûment d'avoir perdu la considération. Un confrère qui, certain de donner par inoculation la vérole à un individu bien portant, lui inflige cette expérience, est-il excusable en alléguant que ce malheureux avait consenti à la subir ?... Qu'à l'avenir, qu'en France, du moins, la controverse scientifique reste pure de pareils scandales ! Médecins, sachez en fin vous respecter vous-mêmes en respectant vos semblables... » (*Annuaire de la syphilis*. Paris, année 1858, p. 273..)

induré, donnait, dans cette circonstance, un résultat négatif.

Après avoir reconnu cette différence, on a voulu l'expliquer ; on a cru en trouver la raison en comparant la syphilis et la vaccine.

Tout le monde sait, que du moment où le virus vaccin a pénétré dans l'économie, où il a fait naître une pustule caractéristique, il préserve l'organisme contre une infection nouvelle, et empêche une seconde inoculation de réussir. De même, a-t-on dit, le chancre induré, donnant lieu à une infection générale, doit préserver le malade contre l'action du même virus. Dans le premier cas, la pustule vaccinale rend négatif le résultat d'une seconde vaccination ; dans le second, le chancre induré, ou au moins l'infection virulente dont il est le résultat, s'oppose à ce que le poison syphilitique déploie de nouveau tous ses effets (1).

Cette explication est séduisante, sans aucun doute, mais elle ne rend pas parfaitement compte de tous les faits; car, s'il est vrai que le chancre induré ne soit pas inoculable au sujet lui-même, celui-ci n'est pas à l'abri d'une nouvelle contagion. Seulement, cette dernière n'a plus pour résultat l'induration, mais seulement le chancre mou, en apparence du moins. Continuant la comparaison précédente, les syphilographes ont pensé que le chancre mou était une dégénérescence du chancre induré, que le premier était au se-

(1) Ricord, *loc. cit.*, note VIII.

cond ce que la fausse pustule vaccinale était à la vaccine elle-même.

Malheureusement, les faits n'ont point confirmé cette assimilation ; car, le pus emprunté à ce prétendu chancre mou s'est trouvé capable, lorsqu'il a été transmis à un homme sain, de donner naissance à un *chancre induré*. Or, s'il est vrai, comme l'enseigne M. Ricord, que *le chancre soit tout entier dans le pus qu'il sécrète* (1), il faut bien reconnaître que le chancre induré, en passant par un organisme syphilisé, ne perd rien de sa puissance. S'il ne pousse pas, alors, toutes ses racines ; s'il ne modifie pas les tissus comme il a coutume de le faire, c'est que le terrain auquel on l'a livré n'était pas apte à subir ces transformations ; mais du moment où il se retrouve dans des conditions régulières, le virus reprend tout son pouvoir. En un mot, si le chancre cesse dans le premier cas d'être *induré*, il ne cesse pas d'être *infectant*, et cela suffit pour nous autoriser à dire qu'il ne perd pas sa spécificité, et pour soutenir que le virus d'un de ces chancres n'est point la dégénérescence de l'autre, que tous deux se perpétuent sans jamais se confondre.

Une autre raison s'oppose à ce que cette comparaison soit admise. La fausse pustule vaccinale se montre, il est vrai, chez les sujets vaccinés, comme le chancre mou, produit d'un chancre induré, chez les sujets vérolés ; mais là s'arrête l'analogie. Qu'on inocule à un sujet non vacciné le pus emprunté à la fausse

(1) *Ibid.*, p. 44.

pustule de la vaccine; et le résultat sera négatif; qu'on soumette à la même épreuve, sur un sujet vérolé, le pus sécrété par ce prétendu chancre mou, et on produira un chancre infectant. Obtiendrait-on un chancre mou, que la distinction dont je parle existerait toujours; car, de l'aveu même de M. Ricord, le chancre simple est « la source la plus féconde du pus virulent; l'ulcération qu'il produit *sécrète à flots le virus spécifique* (1). » *Le pus du chancre mou, c'est le pus fort des syphilisateurs, c'est le virus qui réussit à coup sûr, le virus qui ne trouve pas de réfractaires* (2); et un expérimentateur, M. Liedmann, s'est pratiqué à lui-même jusqu'à 2,200 inoculations, qui toutes ont eu un résultat positif. Or, je ne sache pas que la fausse pustule vaccinale soit la source la plus féconde du virus vaccin, qu'il donne un pus qui réussisse à coup sûr et ne trouve pas de réfractaires; comment donc mettrait-on sur la même ligne cette pustule, dont le pus est impuissant à rien produire, avec le chancre, dont la virulence est si persistante, si étendue?

Laissons donc une explication douteuse pour nous attacher aux faits dont la réalité est incontestable, et reconnaissons seulement, dans la différence des résultats, une différence entre les causes qui les produisent. Si le chancre mou se transmet toujours avec ses caractères, aussi bien aux sujets syphilisés qu'à ceux qui ne le sont pas; si le chancre induré au contraire ne produit un ulcère de cet ordre que sur les sujets

(1) *Loc. cit.*, p. 41.
(2) *Ibid.*, p. 42.

sains, c'est que chacun de ces deux virus a une puissance distincte, c'est qu'ils ne sont pas la dégénérescence l'un de l'autre.

Jusqu'ici, un seul fait sérieux a été opposé à ces conclusions; je veux parler d'une observation récemment publiée par le docteur A. Rey, de Grenoble (1).

Il s'agit, dans cette relation, de deux jeunes gens, presque de même âge, de même constitution, « presque deux jumeaux, » lesquels cohabitèrent avec une même femme, à quelques minutes de distance. Tous deux sortirent maltraités de cette épreuve. Celui qui eut part le premier à ces dangereuses faveurs, vit éclore *deux chancres mous* sur le prépuce, avec un bubon mono-ganglionnaire inflammatoire, qui devint plus tard suppuré. Son compagnon présenta au même moment un chancre induré du prépuce, avec l'induration ganglionnaire spécifique; et chez la femme, auteur de tous ces maux, il fut impossible de découvrir autre chose qu'un « magnifique chancre induré « de la fourchette avec une double adénite indolente « multiple. »

Dans cette observation, les deux chancres, que nous avons vus jusqu'ici se transmettre avec leur individualité, se seraient pour la première fois confondus dans une même origine. Ainsi que le fait remarquer le docteur Rey : « un chancre induré avait inoculé dans « une même séance et sur deux débutants, à l'un « un chancre induré, à l'autre un chancre mou. »

(1) Voyez *Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*, par M. Diday et Rollet, de Lyon. Paris, année 1858, p. 83.

Cette observation, à coup sûr, renverserait toutes celles qui ont été réunies jusqu'à présent, si elle ne trouvait une explication plausible dans l'existence de ces ulcères vénériens auxquels MM. Rollet et Laroyenne (1) ont donné le nom de *chancres mixtes*. Ces derniers s'obtiennent en déposant du pus emprunté à un chancre mou, sur la surface d'un chancre induré. Cette opération, en apparence, ne change rien à l'état du malade; mais, en réalité, elle modifie l'ulcère dont celui-ci est porteur. D'une part, l'induration persiste; de l'autre, le chancre devient inoculable au malade lui-même : cet ulcère participe donc à la fois aux caractères des deux pus qu'on a ainsi réunis.

Or, s'il était démontré que le chancre induré dont la femme de l'observation précédente était porteur, dût être rangé parmi les chancres mixtes, tout serait facilement expliqué. On comprendrait comment une même source aurait pu être l'origine de deux effets différents; comment le pus de nature molle, étant le pus abondant, ce fut le premier assaillant qui eut les chancres mous ; tandis que le second, ne rencontrant plus que la surface du chancre induré, a contracté un ulcère de cette nature.

C'est là sans doute une hypothèse. Pour l'élever à la hauteur d'une vérité démontrée, il aurait fallu inoculer le chancre de la fourchette à la femme elle-même. Si le résultat eût été positif, il n'y aurait plus eu aucun doute, ce chancre induré et inoculable de-

(1) Voyez *Annuaire de la syphilis*. Paris, année 1858, p. 249.

vant être absolument rangé parmi les chancres mixtes. Mais cette épreuve n'a pas été tentée ; l'observation est donc incomplète, elle ne peut, en conséquence, renverser une loi qu'appuient des faits incontestables.

Il ne faut pas oublier du reste que l'existence d'un chancre mixte chez une femme faisant métier de la prostitution, n'aurait rien de surprenant. Il ne faut pas oublier non plus qu'un des caractères essentiels du chancre mou est de donner naissance à un chancre mou, de même que le chancre induré produit le chancre induré ; qu'ainsi un ulcère capable de devenir l'origine, ici, d'une ulcération du premier ordre, et là, du second, doit participer à la nature de l'une et de l'autre, former, par conséquent, une espèce mixte, par sa nature, comme par ses effets.

Ce fait peut donc s'expliquer encore en admettant la différence d'origine des deux espèces de chancres primitifs. Il ne s'oppose pas à cette loi : que ces ulcères se transmettent chacun avec sa nature, et qu'ils ne se transforment jamais l'un dans l'autre ; qu'ils ont ainsi une spécificité incontestable, dont leur double origine est la preuve.

3° Ces ulcères se différencient encore par *leurs conséquences*, ce qu'on exprime par l'épithète qu'on a coutume de leur attribuer, en nommant le *chancre mou*, *chancre simple*, et le *chancre induré*, *chancre infectant*.

Ces dénominations, expriment un fait : à savoir que le chancre induré est seul suivi de ces nombreuses

transformations pathologiques, dont l'ensemble constitue la vérole.

Tandis qu'à la suite d'un chancre mou, on ne voit jamais apparaître ces dermatoses, ces douleurs nocturnes, ces ulcérations qui appartiennent à la syphilis secondaire, le chancre induré est toujours suivi, dans un intervalle régulier, qui ne dépasse pas six mois à partir de la contagion, de roséole, de plaques muqueuses, de douleurs rhumatoïdes, d'engorgement ganglionnaire, etc. Dans ce cas, la maladie ne se borne pas à ces manifestations pathologiques. Après la peau et les muqueuses, le périoste, le tissu osseux, plus tard les viscères deviennent le siége de lésions graves et rebelles. Tandis qu'à la suite du chancre mou, le sang conserve sa plasticité, il perd, après le chancre induré, sa fibrine et ses globules, pendant que l'albumine augmente. Il y a donc, entre les conséquences de ces deux espèces d'ulcérations, une différence profonde, qui vient ajouter encore à l'importance de celles que nous avons constatées déjà (1).

La thérapeutique enfin, nous offrirait, au besoin, un nouvel argument en faveur de l'admission des deux virus ; le mercure étant rarement employé contre le chancre mou, tandis qu'il l'est au contraire d'une manière exclusive contre le chancre induré.

En résumé : ou il n'existe aucun moyen de distinguer entre les différents virus susceptibles d'infecter l'économie, ou il faut conclure à l'existence de cau-

(1) *Voyez* les analyses du sang des syphilitiques, *Leçons sur le chancre*, p. 145.

ses différentes, alors qu'il y a différence dans les effets produits, différence dans le traitement à employer; lorsque, surtout, on ne voit jamais les effets dont je parle, se transformer les uns dans les autres. Or, les phénomènes produits par le pus emprunté à chacun des ulcères primitifs sont trop distincts, pour qu'on ne soit pas autorisé à voir en eux deux causes différentes, deux virus en un mot.

Je ferai une dernière remarque; c'est que l'admission du fait précédent vient jeter une véritable lumière sur la question historique examinée plus haut. Ne sommes-nous pas autorisés, par l'identité des caractères, à soutenir que les anciens ont connu seulement le chancre mou; ce chancre, qui n'est point suivi des symptômes de la vérole, qui se cicatrise sans mercure, qui passe si facilement à la gangrène et au phagédénisme; tandis que le chancre induré, si nettement décrit au commencement du seizième siècle, qui est suivi, aujourd'hui encore, de toutes les formes morbides semblables à celles qui constituaient le mal français, serait d'origine moderne, ou aurait, tout au moins, paru dans notre Europe, à une époque bien postérieure au premier? Nous comprendrions alors comment les anciens ont pu décrire d'une manière très-exacte les ulcères des organes de la génération, sans avoir, cependant, observé la syphilis (1).

L'existence des deux virus étant établie, il nous faut

(1) Cette opinion a été émise et soutenue par M. Bassereau, dans son *Traité des affect. de la peau symptomat. de la syphilis*, p. 236 et suiv.

rechercher comment ils agissent, d'abord pour produire le chancre ; ensuite, pour donner naissance au bubon.

Deux doctrines différentes ont été professées au sujet de l'action du virus du chancre induré, le seul dont je veuille m'occuper tout d'abord. La première, exposée par Hunter et presque généralement admise par les partisans des théories de M. Ricord, consiste à dire que l'action du virus est primitivement locale, que son effet initial est de produire le chancre, à la surface duquel le pus virulent sera sécrété, puis absorbé. Dans cette hypothèse, et suivant l'expression du syphilographe français, le chancre induré serait l'analogue de la morsure du serpent ou du chien enragé, la porte d'entrée par laquelle le virus pénètre dans l'économie. La conclusion pratique de cette opinion consiste à détruire l'ulcère localement, et le plus tôt possible, afin d'éviter l'absorption du virus et l'établissement de l'état diathésique.

En opposition à cette théorie se trouve la doctrine formulée par Hahnemann. Notre maître, ayant proclamé comme une loi que « un mal externe, qui n'a « point été occasionné par une grave violence exercée « du dehors, ne peut ni naître, ni persister, ni moins « encore empirer, sans une cause interne, sans la coo- « pération de l'organisme entier (1), » soutint, conformément à ce principe, que l'absorption du virus syphilitique devait précéder l'apparition du chancre ;

(1) Voyez *Organon.*

que celui-ci se formait seulement lorsque l'organisme était devenu de toutes parts vénérien. Hahnemann, ayant reconnu, en outre, que la force vitale entretient toutes les parties de l'organisme dans une admirable harmonie, veille à sa conservation (1), conclut de ce fait qu'aucune partie de la surface du corps ne pouvait ni s'altérer, ni sécréter un pus contagieux et inoculable, sans que la force chargée de présider à l'organisation des tissus et aux sécrétions, fût elle-même troublée dans son action régulière.

Ainsi, dans la théorie de Hunter et de M. Ricord, l'apparition du chancre précède l'infection de l'organisme, l'action du virus est primitivement locale ; dans la théorie de Hahnemann, l'absorption du virus précède la formation de l'ulcère, et l'action de la cause morbide est, avant tout, dynamique.

Quel parti les faits nous obligeront-ils d'embrasser ?

Lorsqu'on suit avec attention le développement d'un chancre et qu'on essaye d'en apprécier les conditions, on reste convaincu que cet ulcère ne se forme point si le virus syphilitique n'est préalablement absorbé. On reconnaît, en même temps, que cette absorption est rapide, instantanée même, deux faits qui viennent déposer en faveur de la théorie de Hahnemann.

On voit, enfin, qu'il s'écoule toujours un certain temps, entre le moment où le virus pénètre dans l'organisme et celui où ses effets locaux apparaissent,

(1) *Organon*, § 10.

preuve certaine que c'est en dehors de l'organe que la maladie commence.

La nécessité de l'absorption du virus est reconnue de tous. « Supposez, dit M. Ricord, qu'une partie des « téguments, bien intacte et recouverte d'un bon épi- « derme, soit exposée, durant un temps plus ou moins « long, au contact du pus virulent; ce contact sera « *presque* à coup sûr sans résultat, et la contagion ne « se produira pas. C'est grâce à l'immunité des sur- « faces exemptes de toute ulcération et pourvues « d'une doublure épidermique résistante, qu'il nous « est permis de manier chaque jour plusieurs centai- « nes de chancres, sans subir nous-mêmes la conta- « gion (1). »

Cette action protectrice est exercée dans certains cas par l'épithélium aussi bien que par l'épiderme, ce que prouvent les faits de contagion médiate et les expériences auxquelles ce mode de transmission de la syphilis a donné lieu. On sait qu'une femme, en cohabitant successivement avec un homme porteur d'un chancre et ensuite avec un homme sain, peut conserver le pus virulent dans l'intérieur du vagin, communiquer la syphilis à son second amant, sans l'avoir elle-même. M. Ricord a rapporté une observation de ce genre dans ses *Lettres sur la syphilis* (2).

Ce qui est vrai de la femme l'est aussi de l'homme. On trouve dans les leçons sur le chancre deux observations relatives à des hommes ayant cohabité à de

(1) *Loc. cit.*, p. 24.
(2) *Lettres sur la syphilis.* Nouv. édit. Paris, 1856.

courts intervalles avec une femme atteinte de chancre, puis avec une femme saine, sans avoir pris entre ces deux coïts aucun soin de propreté, et qui ont pu conserver sous le prépuce le pus virulent, communiquer la maladie, sans rien contracter eux-mêmes (1).

On connaît aussi les expériences de Cullerier, dans lesquelles du pus chancreux fut déposé dans le vagin de deux femmes, y resta un temps assez long sans donner lieu à la production d'un chancre. Et cependant la présence du virus fut constatée, dans ces deux cas, en inoculant le mucus qui s'écoulait du vagin à la suite de l'expérience (2).

La conclusion à tirer de ces observations est bien simple ; c'est qu'il ne suffit pas, pour produire un chancre, de déposer le pus sur l'épiderme ou sur l'épithélium, qu'il faut encore que ce pus soit absorbé. Cette vérité est tellement la conséquence de l'observation, que M. Ricord, quoique partisan de la nature locale des chancres, est forcé de reconnaître que le pus virulent « peut séjourner sans action sur les tis- « sus, jusqu'à ce que ceux-ci, irrités et dénudés consé- « cutivement à l'application de la matière virulente, *lui* « *offrent une voie de pénétration* (3). » Or, du moment où le pus est absorbé, la maladie est générale. On trouverait au besoin une confirmation de ce fait dans des résultats obtenus par l'inoculation. Ici, l'enveloppe protectrice est détruite, le pus est placé sous l'épi-

(1) *Loc. cit*
(2) *Ibid.* Note.
(3) *Ibid.*, p. 25.

derme ou sous l'épithélium, et le chancre apparaît à coup sûr. Dans ce cas, la contagion est immédiate, instantanée; et c'est encore ce qu'on observe dans toutes les circonstances où une écorchure a été inoculée par un hasard malheureux.

Ainsi, du moment où le pus virulent est absorbé, le chancre se produit; si ce pus, au contraire, reste à la surface du corps, son action est nulle, jusqu'à ce qu'il ait trouvé une voie de pénétration. L'absorption du virus est donc nécessaire à l'apparition du chancre, l'infection générale est donc, dans l'évolution de la syphilis, l'acte initial de la maladie.

Cette absorption si nécessaire est de plus instantanée.

Pas de doute, sous ce rapport, pour ce qui est des plaies sur lesquelles le pus se trouve déposé fortuitement, ou en connaissance de cause. Par cela même que l'action protectrice de l'épiderme ou de l'épithélium est rompue, le virus n'est plus arrêté dans sa marche, et l'organisme est aussitôt envahi. Supposer le contraire, admettre que cet agent resterait au fond de cette plaie sans en franchir les limites, serait aller contre les lois les plus simples de la pathologie et de la physiologie. Ne sait-on pas avec quelle rapidité les poisons déposés sur une surface dénudée pénètrent l'organisme? Ne sait-on pas aussi qu'après avoir inséré le vaccin sous l'épiderme, l'application des ventouses, la cautérisation, l'excision même n'empêchent pas le développement de la pustule? Ne sait-on pas enfin avec quelle rapidité le virus de la rage envahit la con-

stitution la plus robuste, et l'insuccès presque constant de la cautérisation préventive ? Comment donc le virus syphilitique échapperait-il à cette loi commune, lui qui est plus subtile que les poisons, et qui l'est tout autant que le virus du vaccin ou celui de l'hydrophobie?

Cette conclusion n'est pas d'une admission aussi facile, lorsqu'il s'agit de chancres survenus sans plaie antérieure à la contagion. Dans ce cas, il serait nécessaire, selon M. Ricord, que les tissus fussent *irrités, dénudés consécutivement à l'application de la matière virulente*, pour que celle-ci trouvât une voie de pénétration dans l'organisme.

Malheureusement l'observation ne confirme pas cette proposition. Loin de là, il arrive bien souvent que des malades viennent trouver le médecin avec des chancres qu'ils ont vus paraître quelques jours seulement après le coït. Dans cet intervalle, les précautions de propreté les plus minutieuses ont été prises, les tissus ont été nettoyés à plusieurs reprises; vains efforts, le mal s'est développé malgré tout. Il est arrivé comme pour le virus vaccin, que l'agent morbide avait, dès l'abord, dépassé les limites de l'épithélium, et que toutes ces applications locales sont restées sans effet (1).

Lorsque l'absorption du virus a lieu pendant l'acte physiologique, elle est favorisée par les circonstances dans lesquelles l'organe se trouve placé. Il est bien vrai, comme l'affirme M. Ricord, que l'orgasme véné-

(1) *Voyez* l'observation rapportée par M. Baumès, *Précis des maladies vénériennes*, t. I, p. 14.

rien n'est point indispensable à la production d'un chancre; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que le frottement d'une part, et, de l'autre, la déplétion brusque, consécutive à l'éjaculation, sont très-propres à mettre en action les facultés absorbantes des organes génitaux de l'homme et de la femme. Tout concourt donc à établir que l'absorption du virus a lieu pendant l'acte génital lui-même, qu'ainsi l'infection syphilitique existe bien avant que le madade songe à consulter le médecin, et à un moment où la destruction locale du poison vénérien est impossible.

Mais si la cause de la maladie pénètre ainsi l'organisme pendant le contact lui-même, ses effets n'apparaissent pas aussitôt. C'est trois, quatre, cinq jours après le coït, quelquefois même après un plus long intervalle, que le malade ressent le prurit initial, que la vésicule se forme, en un mot que le chancre commence; et c'est seulement après plus d'un septénaire que le pus sécrété devient inoculable. Comment donc un agent assez irritant, assez corrosif pour produire un ulcère syphilitique, pourrait-il rester caché sous les tissus, échapper ainsi aux lotions les plus énergiques sans dénoter sa présence? Certes, ce n'est pas ainsi que les agents chimiques et physiques agissent. Qu'on dépose sur quelque point de l'épiderme ou de l'épithélium un caustique quelconque, et ses effets se feront aussitôt sentir; si on l'enlève, son action s'arrêtera au même moment. Avec le pus du chancre, rien de semblable. C'est cinq à dix jours après qu'il a touché l'organe que son action commence, et les

lavages les plus énergiques ne l'empêchent pas de se développer. Il y a dans la marche de la maladie, dans l'existence de cette période d'incubation une preuve irréfragable de ce fait, que le virus syphilitique pénètre l'organisme avant d'agir sur les tissus ; et que le chancre, pour me servir de l'heureuse expression de M. Guéneau de Mussy, n'est pas une *maladie locale*, mais bien une *maladie localisée* (1).

Ceci devient plus évident encore si l'on compare ce qui arrive à un homme qui se fait une légère érosion du prépuce en cohabitant avec une femme saine, ou quand un pareil malheur lui arrive avec une femme porteur d'un chancre bien caractérisé.

Dans le premier cas, la plaie se cicatrise en peu de jours ; dans le second, elle s'étend, se spécifie, souvent même s'indure. Dans la première hypothèse, l'action organisatrice de la vie ramène bientôt l'intégrité des tissus ; dans la seconde, elle ne peut arrêter les progrès de l'ulcération. Si la force vitale provoque alors la sécrétion d'une matière purulente, celle-ci n'a plus aucune vertu plastique, elle ne concourt plus à la cicatrisation ; mais elle possède le terrible privilége d'engendrer des ulcérations semblables à celle qui lui a donné naissance. Un pareil travail pathologique s'accorderait mal vraiment avec la nature locale de la maladie.

Il est juste de dire que les partisans de la doctrine que je combats se sont appuyés surtout, pour la soute-

(1) *Gazette des hôpitaux*, n° du 19 avril 1859 (32e année).

nir, sur les résultats offerts par la thérapeutique; alléguant en sa faveur les résultats de la cautérisation profonde, destructive, non-seulement comme moyen curatif, mais encore comme préservatif de la vérole. Dans leur théorie, ce fait s'expliquait aisément. L'ulcère étant l'effet d'une simple irritation locale, le virus étant sécrété à sa surface, il suffisait de détruire le pus pour empêcher son passage dans l'économie. Si cette destruction était assez profonde pour comprendre tout l'agent infectieux, l'état diathésique devenait par cela même impossible. Tout se réduisait donc à cautériser à temps, et la limite fixée se trouvait être le cinquième jour à partir du coït.

On peut objecter à cette nouvelle preuve invoquée en faveur de la nature locale du chancre, que l'on rencontre souvent des malades qui ont été cautérisés par une main habile et qui n'en souffrent pas moins de symptômes consécutifs parfaitement caractérisés. D'autres, il est vrai, ont paru échapper à ce danger; mais pour apprécier ce résultat, il ne faut pas oublier que tous les chancres ne sont pas suivis de symptômes constitutionnels, alors même qu'on les abandonne sans cautérisation; toute la classe des chancres mous est dans ce cas, et nous savons qu'elle est de beaucoup la plus nombreuse (1). Or, en cautérisant un chancre au moment où il paraît, avant qu'il

(1) D'après les recherches de M. Ricord, on rencontrerait 1 chancre induré pour 2 chancres mous; la proportion de ces ulcères est donc comme 1 est à 3.

y ait eu à sa surface une sécrétion assez abondante pour permettre l'absorption, il est impossible de savoir si on aura affaire à un ulcère simple ou à un chancre induré. Combien de cautérisations seront alors suivies de succès, tenant à l'espèce, à la nature du virus, et non au traitement employé !

Quelques syphilographes admettent aujourd'hui cette vérité, et abandonnent pour le chancre induré une pratique dont ils ont reconnu le peu de valeur. M. Ricord sans doute maintient l'utilité de la cautérisation, mais M. Diday la repousse en termes trop précis pour laisser le moindre doute. « Je le déclare « donc, écrit ce médecin, — et, quant à moi, bien « décidé à n'attendre ni surtout à provoquer de nou- « velles preuves, — détruire un chancre infectant « n'est point prévenir, pas même retarder l'éclosion « de ses suites constitutionnelles. Puisse cette vérité « devenir populaire ! Être sûr que rien n'est capable « de guérir la vérole une fois commencée, qu'il ne « sert de rien de *cautériser à temps*, serait le meilleur « frein pour soustraire les gens du monde au péril « qu'ils n'affrontent avec tant d'insouciance que parce « qu'ils ont dans le pouvoir préventif des caustiques « plus de foi que la médecine n'en a maintenant elle- « même (1). »

Avec cette puissance préventive de la cautérisation, tombe la dernière preuve qu'on ait invoquée en faveur de la nature primitivement locale du chancre

(1) *Annuaire de la Syphilis et des maladies de la Peau.* Paris, année 1858, p. 137.

induré, et l'on se trouve ainsi autorisé à soutenir avec M. le docteur Dron « que le chancre n'est pas, même « au début, une maladie locale; qu'il n'est que le « premier symptôme d'une intoxication générale réa- « lisée, et cela au même titre que la pustule vaccinale « est le résultat d'une modification survenue dans « tout l'organisme (1). »

Il est vraiment curieux de rapprocher ces affirmations récentes, prononcées par des hommes éminents, des principes posés il y a un demi-siècle par Hahnemann, et des critiques qu'il adressait alors à cette pratique du traitement local du chancre.

« C'est seulement après que tous les organes sont « ainsi pénétrés par le mal reçu dans le corps, disait « alors notre maître, quand l'organisme entier est de- « venu de toutes parts vénérien, c'est-à-dire lorsque « la maladie vénérienne a complété son développe- « ment intérieur, que la nature malade s'efforce de « soulager le mal interne et de le réduire au silence, « en faisant apparaître un symptôme local, qui se « manifeste d'abord sous la forme d'une petite vési- « cule, ordinairement née sur le point qui a été in- « fecté dans l'origine, puis sous celle d'un ulcère « douloureux auquel on a donné le nom de chancre. « Mais cet ulcère ne paraît que cinq, sept ou quinze « jours, quelquefois même trois, quatre ou cinq se- « maines après le moment de l'infection. C'est donc « évidemment au symptôme produit du dedans au

(1) *Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*, 1858. p. 209.

« dehors par l'organisme devenu vénérien de part en « part, qui tient lieu du mal interne, et qui est apte à « communiquer le même miasme, c'est-à-dire la ma- « ladie vénérienne à d'autres personnes par l'effet du « contact (1). »

« Comment excuser les médecins qui, depuis plus « de trois cents ans qu'ils traitent la maladie véné- « rienne, si généralement répandue aujourd'hui, en « ignorent encore à tel point la nature, qu'à l'aspect « d'un chancre, ils n'admettent d'autre partie malade « que celle qui en est le siége, ne soupçonnent pas « que la syphilis était déjà développée dans l'orga- « nisme avant sa manifestation, et ne voient qu'en lui « le seul symptôme vénérien à combattre, au moyen « de remèdes purement externes (2) ?.... »

Ce que Hahnemann enseignait il y a cinquante ans, les syphilographes le reconnaissent aujourd'hui pour vrai, au moins en ce qui concerne le chancre induré.

On a voulu, toutefois, établir une exception en faveur du chancre mou. Celui-ci, n'étant pas suivi des symptômes propres à la vérole, a été considéré comme un accident purement local. Ainsi que le dit M. Ricord, *il ne crée pas de diathèse* (3) ; il n'y a donc rien à redouter de ses suites.

En est-il réellement ainsi ?

Ne l'oublions pas, ce chancre est précédé comme le premier d'une période d'incubation, et si l'exis-

(1) Hahnemann, *Traité des malad. chron.* Paris, 1846, t. I, p. 54.
(2) Hahnemann, *loc. cit.*, p. 62, Note.
(3) *Leçons sur le chancre*, p. 46.

tence de cette dernière est une preuve de l'infection générale, lorsqu'il s'agit d'un chancre induré, elle doit avoir la même valeur par rapport au chancre mou. Pour celui-ci encore les lavages les plus soigneusement pratiqués après le coït, ne garantissent pas du mal; l'ulcère une fois formé sécrète une énorme quantité de pus virulent, lequel se transmet bien plus aisément que celui du chancre induré, s'inocule en toutes circonstances, et dénote par sa formation même que l'organisme est profondément atteint. Or, cette sécrétion serait difficile à comprendre, si la force qui préside à l'organisation des tissus, et, par suite, aux sécrétions, n'était elle-même atteinte dans sa puissance. Supposer le contraire serait admettre que ce pus agit comme un ferment, et qu'il se multiplie en infectant le pus que sa présence amène. Mais cette explication tombe devant deux faits. Que l'on râcle la surface de l'ulcère, comme l'indique M. Baumès (1), qu'on la nettoie avec soin, et quelques heures après une nouvelle quantité de pus inoculable se sera formée. Qu'on fasse plus : que la surface de l'ulcère soit cautérisée, et le pus inoculable se reproduira encore. Dans ces deux expériences, le pus avait été détruit, il ne pouvait agir localement pour amener une sécrétion semblable, celle-ci n'a donc pas été seulement l'effet d'un travail local; elle est au contraire le signe d'une intoxication générale, absolument au même titre que la formation

(1) *Voyez* Baumès, *Précis des malad. vénériennes*, t. I, p. 5.

du virus vaccin dans une véritable pustule est la preuve de l'infection générale de l'organisme, et le signe le plus sûr d'une préservation.

Mais, dit-on encore, le chancre mou ne peut être qu'une maladie locale, car il n'est pas suivi de symptômes constitutionnels, tout avec lui se borne à l'ulcère, il ne crée pas de diathèse. Cela serait-il prouvé, qu'il ne faudrait pas en conclure que cet ulcère n'est pas une maladie localisée, qu'il ne dépend pas d'une infection générale antérieure. Dans la vaccine, en effet, tout se borne au symptôme primitif, à la pustule caractéristique, et cependant personne ne niera qu'il n'y ait, dans ce cas, un trouble dynamique précédent l'apparition de la lésion elle-même. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi du chancre mou ? Celui-ci n'est pas suivi de la vérole, cela est vrai ; mais cela ne prouve pas que ce soit un symptôme purement local, un ulcère sans conséquence. Autrement il faudrait soutenir que tout symptôme vénérien primitif qui ne serait pas suivi de roséole, d'alopécie, de douleurs rhumatoïdes, etc., et cela dans un délai de six mois, serait un accident local sans gravité.

Et, du reste, le tableau de la vérole est-il donc si nettement dessiné qu'il n'y ait plus rien à y ajouter, rien à en retrancher? La doctrine des deux virus chancreux n'est-elle pas née d'hier? et ne savons-nous pas que, jusqu'en ces derniers temps, tout chancre suivi de symptômes ultérieurs, était par cela même considéré comme infectant ; que tous les symptômes consécutifs étaient rangés parmi les effets d'une même

cause? Serait-il donc téméraire d'en conclure qu'un certain nombre des formes morbides, classées actuellement parmi les affections syphilitiques, doivent être rapportées au chancre mou?

S'il en est réellement ainsi, la différence des symptômes consécutifs propres au chancre mou et de ceux qui appartiennent au chancre induré, ne prouvera plus qu'une chose, la distance qui sépare chacun de ces ulcères, c'est-à-dire leur spécificité; elle ne nous autorisera en aucun cas à considérer l'un d'eux comme une maladie locale.

Or, l'observation de chaque jour prouve que le chancre mou n'est pas un accident aussi simple qu'on veut bien le dire. Ne rencontre-t-on pas, à chaque instant, des malades qui ont eu des chancres, et dont la santé a été altérée dès ce moment? Ils n'ont aucun des symptômes qui appartiennent à la vérole, aucune de ces formes morbides nettement accusées, sur lesquelles il ne peut y avoir de doute; et, cependant, ils souffrent. Ce n'est plus, il est vrai, la roséole, les indurations ganglionnaires, le gonflement ou la carie des os qui les éprouvent, mais ils ont des ulcérations superficielles des muqueuses, ulcérations qui disparaissent pour revenir bientôt, des douleurs vagues, souvent névralgiques, des affections viscérales, etc. Ils présentent, en un mot, des symptômes consécutifs évidents, preuve certaine de l'existence d'une diathèse. Je me hâte d'ajouter que ce fait a été également admis par des hommes expérimentés. M. le docteur Clerc, en particulier, reconnait que le chancre mou, auquel

il donne le nom de *chancroïde,* est suivi de symptômes évidents qu'il désigne sous le nom de *syphiloïde.*

En résumé, soit qu'il s'agisse d'un chancre mou, soit qu'il s'agisse d'un chancre induré, nous sommes obligés de reconnaître que l'absorption du virus précède l'apparition de tout symptôme local; que celui-ci survient seulement après une période d'incubation, pendant laquelle la force vitale ressent la première impression de l'agent morbide; qu'ainsi la syphiloïde comme la syphilis est une maladie générale de son début à sa terminaison, maladie générale dont le chancre simple est le premier symptôme.

Avec cette théorie, si bien justifiée par les faits, tombent ces métaphores inexactes qui comparaient l'ulcère vénérien primitif à une porte par laquelle le virus pouvait entrer, et qui en faisaient l'analogue de la morsure du serpent ou du chien enragé (1).

Ce n'est pas, en effet, par la surface du chancre, mais par les mille voies ouvertes à l'absorption que les virus pénètrent dans l'organisme. Et s'il y a, en matière de syphilis, quelque chose d'analogue à la morsure du serpent ou du chien enragé, c'est la piqûre faite par une lancette chargée de pus, mais ce n'est pas le chancre dont le développement n'est complet qu'au huitième jour de l'inoculation. S'il était permis d'invoquer une dernière analogie, bien souvent rappelée par les syphilographes, j'ajouterais que le chancre d'inoculation n'est pas plus la

(1) Ricord, *loc. cit.*

porte d'entrée du virus syphilitique que la pustule vaccinale n'est celle du vaccin; que dans ces deux circonstances, la cause de la maladie pénètre par une même voie, par la plaie au fond de laquelle l'agent infectieux a été déposé; que l'ulcère vénérien comme la pustule vaccinale est l'effet de l'infection, mais ne saurait en être la cause.

Nous sommes ainsi ramenés à l'opinion de Hahnemann, à la doctrine qu'il a professée, en admettant la nature dynamique de la syphilis, au même titre que celles des autres maladies, et en soutenant que « la « maladie vénérienne entière (la syphilis) est déjà « complétement développée dans l'intérieur du corps « avant que le chancre puisse apparaître (1). »

Ce qui est vrai du chancre pourrait être simplement appliqué au *bubon*. Cependant, comme celui-ci ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères, j'entrerai encore dans quelques détails à son sujet.

Il y a deux espèces de *bubons syphilitiques :* l'une accompagne le chancre, est toujours précédée par lui; l'autre se forme sans ulcère préalable, ce qui lui a fait donner le titre de *bubon d'emblée.*

Ainsi que je l'ai rappelé plus haut, la tumeur ganglionnaire, lorsqu'elle accompagne un chancre, participe à la nature de ce dernier. Si celui-ci est induré, le bubon l'est également; si l'ulcère est mou, le bubon s'enflamme et suppure. Dans ce cas, ou le pus est inoculable ou il ne l'est pas. Lorsqu'il n'est pas inocu-

(1) Hahnemann, *Traité des malad. chron.*, t. Ier, 1846, p. 122.

lable, on dit la tumeur formée par *réaction sympathique;* autrement on la considère comme le résultat de l'*absorption directe du virus*. Dans cette dernière espèce, la fistule qui succède à l'ouverture de l'abcès, prend un aspect tout à fait semblable à celui du chancre.

Il est évident que le bubon induré se forme par le même mécanisme que le chancre de ce nom; qu'il faut par conséquent le considérer comme l'effet de la localisation du désaccord dynamique, point de départ de la diathèse. Tout dépose en faveur de cette opinion. D'abord, le pus sécrété par l'ulcère induré est peu abondant; ensuite, l'induration s'oppose à ce qu'il soit absorbé. Ce bubon n'est donc pas le résultat du passage du pus dans les lymphatiques; il n'est pas non plus le fait de la sympathie seule. Ce qui le prouve, c'est qu'il présente la même nature que l'induration. Celle-ci étant un signe de l'état diathésique, quand elle existe autour d'un chancre, doit l'être encore quand elle a envahi les ganglions. La présence de l'ulcère a un effet unique : elle détermine le siége de l'engorgement ganglionnaire ; mais là se borne sa puissance.

Il en est de même du bubon qui accompagne le chancre mou, et qui survient aussi sous l'empire d'un désaccord dynamique, dont l'existence de cet ulcère est la preuve.

Ce désaccord dynamique est la seule cause de l'engorgement, lorsque celui-ci ne fournit pas de pus inoculable. On dit bien, il est vrai, qu'il faut le consi-

dérer alors comme un symptôme sympathique ; mais cette théorie tombe devant un fait signalé par M. Baumès, à savoir : que ce bubon existe le plus souvent avec les chancres les plus petits et les moins profonds ; qu'il n'y a aucun rapport à établir entre sa fréquence, son volume, et l'étendue et l'importance de l'ulcère ; qu'ainsi il ne peut se former que sous l'influence de l'intoxication générale, laquelle en est la cause fondamentale, comme elle est aussi la cause de l'ulcère primitif. La présence de ce dernier n'a plus alors qu'un effet : c'est de déterminer le siége du bubon.

Il n'en est plus absolument de même lorsque le pus sécrété par le bubon est inoculable. Dans ce cas, le rapport anatomique qui existe toujours entre le chancre et le ganglion malade, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques intermédiaires, la forme que revêt l'ouverture de l'ulcère, forme qui est en tout semblable à celle du chancre primitif, tous ces caractères prouvent que le pus a passé directement dans le ganglion engorgé. La tumeur se produit alors comme le chancre lui-même, c'est-à-dire sous l'influence de l'action locale du virus et de son action dynamique combinées. Cette dernière ne peut être mise en doute, puisque l'absorption est évidente, et puisque des symptômes généraux nombreux précèdent l'apparition de la tumeur.

Ce qui prouve par-dessus tout que le bubon n'est pas un retentissement organique du chancre, c'est qu'il peut exister sans lui. La réalité du *bubon*

d'emblée a été, en effet, trop bien établie par les observations des chirurgiens de Lyon, en particulier de MM. Diday et Baumès, pour que nous ne soyons pas obligés de l'admettre, malgré les dénégations de M. Ricord.

Selon M. Diday, ce bubon présente des caractères parfaitement tranchés :

1° Il est précédé d'une incubation beaucoup plus longue que celle du chancre ; il ne se forme guère que trois semaines après le coït.

2° Son apparition est précédée de symptômes généraux : insomnie, chaleur et sécheresse de la peau, frissons irréguliers, lassitude vague, inappétence, douleurs lombaires. Tous ces signes de perturbation générale s'effacent à mesure que la tumeur se développe.

3° L'inflammation est toujours modérée ; l'engorgement s'accroît lentement, arrive lentement à suppuration, et atteint rarement le tissu cellulaire.

4° D'où la longue durée de cette adénite, qui se prolonge parfois au delà d'un mois.

5° Cette tumeur se termine presque toujours par suppuration ; mais son ouverture ne devient jamais chancreuse, et le pus n'est point inoculable.

6° Ce bubon n'est jamais suivi de syphilis constitutionnelle (1).

Or, parmi ces six caractères, les deux premiers prouvent sans réplique la théorie que je soutiens. Du

(1) Diday, *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 189.

moment, en effet, où le *bubon d'emblée* est précédé d'une longue incubation, du moment où des symptômes généraux existent avant la formation de la tumeur, il faut bien admettre que la cause morbide a une action d'abord générale : que ce bubon, en un mot, est une maladie localisée.

D'un autre côté, la faculté qu'il possède de se terminer presque toujours par suppuration (caract. 5), et de ne jamais fournir de pus inoculable (caract. 5), porterait à penser qu'il est de même ordre que le bubon sympathique du chancre mou ; et par conséquent, un effet du virus capable de produire ce dernier.

Les observations de M. Baumès conduisent, je dois le dire, à une conclusion différente. Ces observations sont au nombre de huit (1). Celles des deux premiers malades sont des exemples de bubons qui ont pu se résoudre sans suppurer ; tandis que chez les sujets de la sixième, de la septième et de la huitième, la suppuration a eu lieu, l'ouverture de la fistule a pris l'aspect d'un chancre, et le pus a donné un résultat positif à l'inoculation. Enfin, chez le septième malade, le bubon a été suivi d'une éruption d'ecthyma secondaire bien caractérisée.

En rapprochant ces résultats des caractères indiqués par M. Diday, on voit que le bubon d'emblée se comporte de trois manières différentes :

1° Tantôt, il se compose d'une tumeur passant à la

(1) *Précis des malad. vénériennes*, t. I, p. 30 et pass.

suppuration, et ne donnant pas de pus inoculable, comme il arrive au bubon soi-disant sympathique du chancre mou.

2° Tantôt, il suppure, fournit un pus inoculable, et l'ouverture de l'ulcère prend l'aspect d'un chancre : ce qu'on observe dans le bubon par absorption du même chancre mou.

3° Enfin il est suivi de symptômes constitutionnels, comme après un bubon induré.

Il est évident, d'après cela, que la cause du bubon d'emblée est la même que celle du chancre ; le virus du chancre mou l'engendre aussi bien que le virus du chancre induré, et la tumeur ganglionnaire participe toujours aux caractères de l'agent morbide qui l'a produite.

Ce point admis, il a fallu en trouver l'explication ; chose difficile, lorsqu'on suppose que la syphilis est une maladie locale à son origine ; que c'est seulement le pus sécrété à la surface du chancre qui passe dans les lymphatiques et détermine l'engorgement, l'induration ou la suppuration des ganglions ; explication plus facile, au contraire, si l'on admet avec Hahnemann que l'infection virulente précède toute action organique, et que le premier effet de « l'*agent hostile à la vie* » est de troubler l'action régulière de la force vitale, pour la pousser ensuite « *aux actions insolites que nous nommons maladies* (1). » On comprend, en effet, alors, comment un état diathésique, dont la localisation

(1) *Organon*, § 11.

habituelle a pour effet un chancre suivi d'un bubon, donne lieu, dans d'autres circonstances, à un ulcère sans bubon, ou à un bubon sans ulcère.

Il y a là, toutefois, une anomalie, une exception à la règle générale; et cette exception elle-même doit avoir un motif. Ne pourrait-on arriver à la comprendre, en se rappelant que la production du chancre est due, à la fois, à l'action locale et à l'action générale du virus, et que s'il arrive, pour des raisons bien mystérieuses, je l'avoue, que l'impression organique laissée par l'agent infectieux ne soit pas assez énergique pour déterminer la formation de l'ulcère, l'état dynamique se localisera sur les ganglions?

Quoi qu'il en soit de cette explication, bien insuffisante évidemment, le fait reste au-dessus de toute contestation : le virus du chancre mou et celui du chancre induré peuvent engendrer, l'un et l'autre, des bubons sans ulcères primitifs.

Il n'est donc pas possible d'admettre, avec M. Ricord, que le chancre est le symptôme unique de la syphilis primitive; il faut au contraire reconnaître avec Hahnemann, dont le témoignage se trouve confirmé par les recherches de MM. Diday et Baumès, que le bubon doit être placé, sous ce rapport, à côté du chancre, qu'il accompagne souvent, et qu'il remplace quelquefois.

La syphilis se montrera alors comme une maladie virulente, générale de son début à sa terminaison, et, de plus, spécifique.

N'est-elle pas spécifique par sa cause, spécifique

par ses symptômes, spécifique aussi par son traitement ?

On devra se rappeler que ce traitement, pour être curatif, doit être général. Faute de présenter ce double caractère de spécificité et de généralité, il est impuissant à entraver la marche de la maladie. L'état diathésique persiste alors, se transforme avec le temps, et la syphilis constitutionnelle apparaît.

§ II.

SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE.

La syphilis constitutionnelle succède au chancre induré. Avec elle cesse la précision que nous offrait la syphilis primitive : sa symptomatologie est *un tableau sur lequel on efface et on ajoute chaque jour* (1) ; son diagnostic est parfois douteux, son pronostic incertain. La science a fait cependant, sous tous ces rapports, de nombreuses conquêtes qu'il importe de constater et d'utiliser.

A. *Symptomatologie.*— La description de la syphilis parvenue à sa seconde période a présenté pendant longtemps une étendue sans limite ; les syphilographes s'étant laissé entraîner à placer dans son cadre le plus grand nombre des états pathologiques qu'ils voyaient apparaître à la suite du chancre.

On est tombé de nos jours dans une exagération

(1) Léon Simon père, *Commentaires sur l'organon*, p. 271.

contraire, en tenant compte seulement des symptômes nettement accusés, sur la nature desquels le doute n'est pas possible, et qui sont, en quelque sorte, les caractères constants de la maladie.

L'observation nous oblige à n'être pas aussi exclusifs ; car elle nous conduit à distinguer, au milieu des formes appartenant à l'état constitutionnel, trois groupes différents. Le premier comprend les symptômes caractéristiques dont je parlais tout à l'heure; le second, des états pathologiques souvent méconnus, parce qu'ils occupent des organes où l'on n'est point accoutumé à retrouver l'action du virus syphilitique ; le troisième, enfin, se compose de ces formes douteuses auxquelles on a donné le nom de *syphilis larvée, pseudo-syphilis,* et que M. Yvaren désigne sous le titre inexact de *métamorphoses* (1).

(1) Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis.*

Le titre de cet ouvrage est la seule partie qu'on puisse en critiquer; ce livre en lui-même étant un des plus intéressants qui aient été publiés sur les formes douteuses de la syphilis, le seul où l'on rencontre une méthode pour arriver à fixer leur diagnostic.

Les nombreuses observations recueillies par l'auteur ont été divisées par lui en trois catégories : la première comprend les *maladies du système nerveux :* les névroses et les névralgies, les maladies convulsives, les maladies de l'oreille, la paralysie, la fièvre intermittente ; — la seconde, les *maladies des organes membraneux* coryza, ophthalmie, cécité, fistule lacrymale, cataracte; — affections intestinales : dyssenterie, gastralgie; — maladies organiques, phthisie, cancer ; — hydrocèle, rhumatisme musculaire, arthrite, tumeur blanche, rachialgie. — La troisième, les *maladies des organes parenchymateux :* phthisie pulmonaire et laryngée, pneumonie, asthme, œdème de la glotte, anévrisme,

Le premier groupe se divise en deux classes, fondées sur le moment où l'on voit apparaître les accidents qui composent chacune d'elles. Il y a des *symptômes syphilitiques secondaires* et des *symptômes tertiaires;* le chancre et le bubon composant, à eux seuls, toute la *période primitive* de la maladie.

Lorsqu'elle est à l'*état secondaire,* la syphilis envahit la peau, les membranes muqueuses et les ganglions lymphatiques, se présentant sous la forme de syphilides superficielles, d'ulcérations de la bouche et de la gorge, d'engorgement des ganglions cervicaux. Puis, lorsqu'elle se dispose à subir sa dernière transformation, elle atteint plusieurs viscères, en particulier l'œil

maladies du foie, des reins. Viennent enfin les maladies diathésiques : squirrhe, cancer, ulcères atoniques.

Il suffit de lire ces observations pour rester convaincu sur un premier point ; c'est qu'il est dangereux, en pathologie, de s'en tenir seulement aux caractères organiques des maladies, qu'il faut toujours remonter jusqu'à leur diathèse ; et qu'il n'est pas moins dangereux, en thérapeutique, de poursuivre ce que Hahnemann appelait la *cure du nom.*

Parmi les faits rapportés par M. Yvaren, on en trouve un grand nombre dans lesquels l'erreur a tenu précisément à la méthode vicieuse suivie ordinairement. C'est pour s'être arrêté aux symptômes habituellement présentés par les malades, pour n'avoir pas tenu compte des nuances que chacun d'eux pouvait offrir, que le médecin a cru à une épilepsie ordinaire, à une gastrite, à une dyssenterie, à une phthisie, lorsqu'il s'agissait seulement d'une affection syphilitique du système nerveux, ou d'un ulcère secondaire développé sur la membrane muqueuse de l'estomac, de l'intestin ou du larynx. Le grand service rendu par M. Yvaren est d'avoir indiqué le moyen d'éviter de semblables méprises, et d'avoir cherché à préciser le diagnostic de ces états morbides douteux.

et le testicule, donnant lieu à l'iritis et au sarcocèle fongueux syphilitique. Dans sa *période tertiaire*, le virus se localise sur le système osseux et le tissu cellulaire, causant les périostoses, les exostoses et les gommes; reparaît ensuite à la peau sous la forme de dermatoses profondes et tardives, désorganise enfin les viscères.

Le second groupe n'a reçu aucune subdivision. Il renferme une partie de ces affections, regardées à tort comme des *métamorphoses*, et dont la nature a été méconnue parce que le diagnostic de la vérole n'a pas toujours été aussi précis qu'il l'est actuellement, ou parce que la maladie s'était localisée sur les organes qu'elle respecte d'ordinaire. Je citerai comme exemple ces indurations dont M. Yvaren rapporte des observations, et qui ont fait croire à des cancers; ces ulcérations vénériennes qui s'étaient développées sur le larynx, l'estomac et le tube digestif, faisant naître des symptômes analogues à ceux de la phthisie, de la gastrite et du cancer.

Dans le troisième groupe se placent des affections plus trompeuses encore : l'épilepsie, le tétanos, l'apoplexie, la cataracte, le carcinome de l'œil, la phthisie, etc., maladies qui se développent habituellement chez des sujets absolument exempts de syphilis, et qui sont une exception pour ces derniers. C'est à l'occasion de ces formes douteuses de la vérole que M. Yvaren a dit : « La syphilis peut emprunter perfidement la forme « de toutes les autres maladies, commettre sous ce « travestissement mille désordres dans l'économie, et,

« renouvelant la fable du vieux pasteur des trou-
« peaux de Neptune, comme Protée, revêtir les
« formes les plus insidieuses et les plus diverses.

Parler ainsi était exprimer dans un langage poétique une vérité incontestable, à savoir que la syphilis, étant une maladie générale, peut se localiser sur tous les organes, revêtir ainsi des apparences symptomatologiques en rapport avec les fonctions de l'appareil ainsi altéré. Faculté importante à retenir, mais qui n'exclut en rien la préférence bien marquée de cette maladie pour certains tissus, en particulier pour la peau, les membranes muqueuses, le tissu cellulaire et le tissu osseux.

Ainsi que je le dirai bientôt, en parlant du diagnostic, la vérole conserve alors des caractères assez précis pour qu'il soit possible de la reconnaître. Ces caractères montrent en même temps que, dans ce cas, le virus syphilitique est la seule cause de toutes ces souffrances; souffrances qu'il engendre sans rien perdre de sa spécificité.

Les affections syphilitiques du troisième groupe n'ont plus une origine aussi simple. Le poison vénérien ne concourt à leur développement qu'après s'être adjoint à une autre cause morbide.

Ce fait a été reconnu de tous les pathologistes. Tous ont admis que si certains sujets étaient devenus épileptiques, cancéreux ou tuberculeux à la suite d'un chancre, c'est qu'ils étaient prédisposés à l'épilepsie, aux tubercules ou au cancer, et cela, antérieurement à toute infection vénérienne.

Hahnemann est allé plus loin, en remontant jusqu'au fait « de la prédisposition héréditaire que tous « les systèmes admettent, qu'aucun d'eux n'a su ex- « pliquer ; qu'aucun d'eux n'a su combattre utile- « ment (1). » Cette prédisposition, selon lui, serait le résultat de la présence d'un autre virus dans l'organisme, le signe de l'existence d'une maladie chronique à l'état latent. On comprend alors comment la syphilis, rencontrant une diathèse de même ordre, mais d'espèce différente, s'unit à elle, donnant ainsi lieu à une complication et non pas à une métamorphose.

Pour Hahnemann encore, ces virus, causes des *véritables maladies chroniques* non vénériennes, étaient celui de la gale et celui de la sycose ; c'était avec eux que le virus de la syphilis pouvait s'unir. « Par l'effet de cette as- « sociation, enseigne-t-il, naît ce qu'on appelle la *syphi-* « *lis larvée*, et chez les Anglais *pseudo-syphilis*, mons- « tre de maladie double, qu'aucun médecin, jusqu'à « présent, n'a pu ramener à la santé, parce que nul « d'entre les médecins n'a, jusqu'à ce jour, connu la « gale dans toute son étendue et dans sa nature, soit à « l'état latent, soit à celui de développement, et « qu'aucun n'a soupçonné même, bien loin de l'ob- « server, cette effrayante complication avec la sy- « philis (2). »

On objectera sans doute à cette assertion l'impos-

(1) Léon Simon père, *Leçons de médecine homœopathique*. Paris, 1835, p. 306.

(2) Voyez *Traité des maladies chroniques*, p. 146.

sibilité d'accorder à la gale un caractère virulent, de prendre cette dermatose pour autre chose que le résultat de la présence du sarcopte. Il a été bien des fois répondu à ce sujet par l'école homœopathique (1); bien des fois on a montré que la présence de l'acarus ne prouvait rien contre la réalité du virus psorique, qu'au moins elle ne la détruisait pas plus que l'existence du serpent n'exclut celle de son venin. Du reste, que la gale soit ou non suivie de symptômes consécutifs, qu'il faille y rapporter les maladies chroniques non vénériennes, ou les en séparer, cela importe peu au sujet qui nous occupe. Ce qu'on ne peut nier, c'est que les maladies chroniques non vénériennes ne soient virulentes; qu'elles compliquent parfois la vérole; qu'ainsi il faut bien que leur cause, quelle qu'elle soit du reste, s'unisse au virus syphilitique, pour produire ces maladies mixtes par leurs symptômes et par leur nature. Ceci ressort aussi des caractères attribués à ces différents états qu'on appelle *syphilis larvée*, et parmi lesquels on constate deux ordres de phénomènes; les uns qui se trouvent en rapport direct avec les signes habituels de la maladie simulée, les autres avec ceux de la vérole. Tandis que les premiers peuvent conduire à de fâcheuses méprises, les autres éclairent le diagnostic et fixent l'opinion du médecin. Dans ce cas, l'aspect ordinaire de la maladie n'existe plus, et les changements si profonds qu'elle présente ne sauraient s'expliquer sans admettre une complication.

(1) Voyez *Commentaires sur l'Organon*, par le docteur Léon Simon père, p. 375 et pass.

Enfin, l'observation, en nous révélant les antécédents des malades, nous fait reconnaître également l'existence de ces causes morbides, dont la présence s'était manifestée à d'autres époques par des signes certains. Elle fait plus encore, en nous apprenant quel était l'état de santé du sujet lorsque le chancre a été contracté, et les modifications qui se sont produites depuis le moment où l'infection vénérienne a eu lieu. En comparant alors ce qu'était le tableau de la maladie avant la contagion, avec celui qu'elle présente après cette dernière, il est facile de suivre les effets de ces deux causes réunies.

Je citerai à l'appui de ce qui précède un fait assez curieux. Un jeune homme de 25 ans, lymphatique, adonné à toutes les habitudes du libertinage, contracte un chancre induré en 1855. L'ulcère est promptement cautérisé, il n'y a point de traitement interne, et, avant la fin du sixième mois, une éruption de taches lenticulaires couvre le tronc et les membres, tandis que des tubercules plats se forment au cuir chevelu. Ce jeune homme consulte alors une de nos spécialités les plus célèbres; un traitement mercuriel est institué et les tubercules disparaissent.

L'éruption persiste; mais elle offre un caractère si mal défini, quant à la coloration et à la forme des taches, qu'un second médecin spécialiste ne crut pas devoir la rapporter à la syphilis. C'est alors que je fus consulté.

Ce jeune homme m'apprit qu'il avait eu des éphélides dès sa jeunesse, bien avant de devenir syphilitique;

que ces taches occupaient la partie postérieure du cou et les épaules, mais qu'elles n'avaient jamais paru ailleurs, tandis que la dermatose qui avait succédé au chancre, s'était au contraire localisée sur la partie antérieure du thorax et sur les membres. Les taches que je constatai sur ces régions étaient petites, mais d'une teinte tout à fait grisâtre, rappelant la nuance des éphélides; celles-ci, au contraire, présentaient une coloration vive, tout à fait inaccoutumée.

Les caractères incertains de l'éruption me firent penser, conformément à l'enseignement de Hahnemann, que la cause ordinaire des dermatoses s'était unie à celle de la roséole, ce qui expliquait les modifications présentées par ces deux éruptions. En tenant compte alors de tous les symptômes, je donnai successivement *mercurius solubilis, lachesis, aurum, sulfur.*

L'éruption du tronc et des membres commença à pâlir; en même temps, les taches éphéliques du dos et des épaules reprirent leur teinte accoutumée. A mesure que la complication syphilitique s'effaçait, la maladie primitive revenait à sa forme habituelle, preuve certaine que c'était à cette complication même qu'il fallait rapporter la seconde éruption et sa forme si mal définie. Ce qui est vrai ici, le serait également de ces différents états sur lesquels le médecin hésite souvent, faute de pouvoir s'appuyer sur les symptômes habituellement pathognomoniques de l'état morbide qu'il est appelé à traiter.

Hahnemann a non-seulement établi la réalité de

ces complications si fréquentes de la syphilis, il a déterminé, en outre, les conditions dans lesquelles elles se produisent. « Il n'y a que la gale développée, dit-il, et « dessinée sous la forme de maladies chroniques évi- « dentes, qui puisse se compliquer avec le mal véné- « rien ; la gale, encore latente et sommeillante, n'ayant « pas cette faculté (1). » — Et il ajoute : « Tantôt le « sujet est déjà atteint d'une maladie chronique au « moment où il contracte l'infection syphilitique, et « par conséquent la syphilis se trouve compliquée de « la gale pendant l'existence même du chancre ; tan- « tôt, s'il n'y avait point encore de maladie chronique « dans le corps à l'apparition du chancre, et s'il ne se « montrait que les signes d'une gale sommeillant à « l'intérieur, un médecin non-seulement a détruit le « symptôme local par un long emploi de moyens ex- « ternes fort douloureux, mais encore il a soumis le « malade à un traitement interne débilitant, en im- « primant une violente secousse à la constitution. Il « est résulté de là que la santé générale a été détruite, « que la gale, jusqu'alors latente, est sortie de son som- « meil, et qu'elle a provoqué la manifestation d'affec- « tions chroniques, qui se sont alors associées à « celles de la syphilis interne dont le symptôme exté- « rieur avait été traité d'une manière si peu ration- « nelle (2). »

Cette remarque nous explique les irrégularités que l'on constate parfois dans la syphilis, dès ses premières

(1) *Traité des maladies chroniques*, p. 145.
(2) *Ibid.*

manifestations ; elle nous rend compte des différences que présentent certains chancres sous le double rapport de leur marche et de leur traitement, de la résistance qu'ils offrent lorsqu'on les soumet exclusivement au mercure, de l'amélioration qu'ils éprouvent lorsque quelque préparation sulfureuse est donnée à titre d'intercurrent. Elle nous explique aussi comment la syphilis primitive ayant offert ses caractères habituels, la syphilis secondaire présente des déviations si profondes. Dans le premier cas, la complication du virus et de la psore a eu lieu dès le début, parce que cette dernière diathèse était en pleine activité au moment de l'infection vénérienne ; dans le second cas, elle ne s'est produite que plus tard, parce que la psore s'était trouvée à l'état latent.

Tout prouve que les conditions indiquées ici par Hahnemann, sont parfaitement légitimes. Ne sait-on pas que les forces considérées d'une manière abstraite, se combinent seulement lorsqu'elles sont en activité, qu'il est fait un constant usage de cette propriété en mécanique, où l'on met à l'état de repos les puissances que l'on veut éviter ; que les virus, en obéissant à cette loi, ne font que rentrer dans la règle générale, à laquelle rien ne nous autorise à les soustraire ? Ne sait-on pas aussi qu'il y a des sujets psoriques et scrofuleux chez lesquels la syphilis suit sa marche habituelle, donnant lieu à ses formes les mieux accusées, sans participer en rien aux caractères de ces autres affections, et que, dans ce cas, aucun signe de psore ou de scrofule ne paraît tant que dure la vérole ? Ceci arrive lorsque la

première diathèse était à l'état latent au moment de l'infection vénérienne, lorsque le traitement a été assez direct pour triompher de cette dernière, assez peu perturbateur pour ne pas mettre en éveil le premier virus. Il est facile de comprendre tout le parti que le thérapeutiste pourra tirer de cette remarque, tous ses efforts devant avoir pour objet de guérir la syphilis en évitant toute espèce de complication.

La syphilis constitutionnelle est donc produite ou par le virus syphilitique seul, ou par ce virus associé à quelque autre cause de maladie chronique. Dans le premier cas, ses symptômes sont tranchés; ils sont plus douteux dans le second. Dans la première hypothèse, la marche de la diathèse est régulière, et présente des périodes qui se succèdent dans un ordre parfait.

Les accidents secondaires succèdent aux symptômes primitifs dans un intervalle qui varie, selon MM. Diday et Ricord, du trente-cinquième au cinquantième jour à partir de l'apparition du chancre, mais ne dépasse jamais le sixième mois (1).

Les symptômes *tertiaires* remplacent les précédents; ils ne se montrent jamais avant la fin de la demi-année, mais peuvent apparaître au delà, dans un espace presque illimité (2).

(1) Cette variabilité dans la date d'apparition des accidents secondaires serait importante s'il s'agissait d'une maladie de courte durée. Mais comme la syphilis se prolonge parfois autant que la vie, on comprend qu'un intervalle de six mois puisse être considéré comme une échéance fixe.

(2) Ricord, *loc. cit.*

Il suit de là que la vérole affecte une marche constamment envahissante. Si elle développe ses premiers symptômes sur les surfaces de rapport, la peau et les muqueuses, c'est pour pénétrer ensuite jusqu'aux organes de la locomotion plus profondément situés que ces surfaces elles-mêmes, et n'envahir les organes essentiels à la vie, qu'après avoir, pour ainsi dire, fatigué l'organisme de ses avertissements répétés. Hahnemann a donc eu raison de ranger la syphilis au nombre des *véritables maladies* chroniques « qui font inces-« samment des progrès lorsqu'on ne leur oppose pas « des moyens curatifs, spécifiques contre elles, et qui, « malgré toutes les précautions imaginables par rap-« port au régime du corps et de l'esprit, accablent « l'homme de souffrances toujours croissantes, jus-« qu'au terme de son existence (1) .»

La marche de cette diathèse n'est point continue; elle présente des moments de repos pendant lesquels la maladie semble ne plus exister; apparence trompeuse, puisque le sujet reste apte à engendrer des enfants syphilitiques. La syphilis est dite alors à l'*état latent*.

Enfin, la vérole ne revient jamais sur ses pas, alors même que, pendant sa durée, le malade contracte une nouvelle infection. Ce principe, auquel M. Ricord a donné le titre pompeux de *Dogme de l'unicité*, est, à la fois, une loi pathologique et un aveu d'impuissance. Pour que la vérole recommençât, il faudrait, en effet, que la diathèse eût été complétement éteinte. Le sujet

(1) *Organon*, § 78.

se trouvant alors affranchi de la première infection, en verrait une seconde suivre son développement accoutumé. Or, M. Ricord n'a jamais rencontré de semblable malade, ce qui prouve la faiblesse de la thérapeutique officielle lorsqu'il s'agit de détruire un virus, d'éteindre une diathèse.

On est donc obligé de convenir que, dans l'état actuel de la science, on ne guérit pas la vérole. Le mercure, l'iodure de potassium, seuls agents dont le médecin fasse usage, peuvent bien effacer les symptômes causés par le virus, réduire la maladie à l'état latent, prolonger ses périodes de repos; mais ils ne vont pas au delà. La raison de cette impuissance serait facile à trouver; elle consiste tout entière dans le petit nombre de ces spécifiques; et dans l'impossibilité où l'on se trouve de parer avec eux à toutes les formes que la syphilis est capable de revêtir.

La *syphilis larvée,* on le devine, n'offre plus cette même régularité. Elle succède au chancre, il est vrai, mais ce n'est pas dans un intervalle exactement limité. Sa marche n'est plus progressive, et l'on voit souvent les affections les plus graves remplacer, sans intermédiaire, les symptômes primitifs. Résultat de la réunion de plusieurs causes morbides, elle participe aux propriétés de chacune de ces puissances pathogéniques : de là, les difficultés qu'elle présente pour son diagnostic surtout.

B. *Diagnostic.* — En homœopathie, le diagnostic repose tout entier sur quatre principes :

« 1° Constater les caractères distinctifs d'une ma-

« ladie, en tenant compte, d'abord, de la cause pro-
« ductrice, puis de tous les symptômes par lesquels
« elle se caractérise, considérés en eux-mêmes, dans
« toutes les nuances qu'ils peuvent présenter et dans
« les conditions qui aggravent ou améliorent chacun
« d'eux ;

« 2° Considérer chaque cas individuel de mala-
« die comme une partie plus ou moins étendue d'un
« état plus général que lui-même, de ce que Hahne-
« mann nomme assez improprement la cachexie, que
« d'autres ont appelé la diathèse ; par conséquent, ca-
« ractériser cette maladie, d'une part, par les symptô-
« mes généraux diathésiques que présente chaque in-
« dividu qui en est atteint ; de l'autre, par les symp-
« tômes particuliers à chaque malade, symptômes qui
« varient d'un sujet à un autre sujet, aucun d'eux n'of-
« frant, soit dans les maladies épidémiques, soit dans
« les maladies chroniques, tous les symptômes de la
« diathèse ;

« 3° Distinguer autant que possible, dans les souf-
« frances du malade, l'affection primitive de l'affection
« médicinale conjointe, lorsque celui-ci a été soumis
« à un traitement allopathique avant de réclamer les
« secours de l'homœopathie ;

« 4° Étudier chaque cas de maladie qui se présente
« à l'observation du médecin, comme un fait nou-
« veau, ressemblant sous plusieurs rapports à d'autres
« cas du même genre sans leur être identique (1). »

(1) Léon Simon père, *Commentaires sur l'Organon*, p. 409 et suiv.

Ces principes s'appliquent de tous points au diagnostic de la syphilis. Lorsqu'un malade vient à nous, porteur de quelque symptôme capable de nous faire soupçonner l'existence de cette diathèse, nous devons chercher à reconnaître si le virus syphilitique est la véritable cause de ses souffrances; et dans le cas de l'affirmative, quels ravages il a produits. Or, les virus étant des agents que nous ne connaissons pas en eux-mêmes, que leurs effets seuls caractérisent, c'est en tenant compte de tous les « symptômes considérés en « eux-mêmes, dans toutes les nuances qu'ils peuvent « présenter et dans les conditions qui aggravent ou « améliorent chacun d'eux, » que nous arriverons à les distinguer. Il nous faudra donc, pour atteindre à ce but, recueillir avec soin non-seulement les lésions organiques, mais encore les « symptômes géné- « raux, diathésiques, et les symptômes particuliers à « chaque malade. » Ces notions étant acquises, les modifications apportées par le traitement au tableau naturel de la maladie étant éliminées, le médecin possédera une connaissance assez complète de l'affection qu'il observe, pour se prononcer sur son diagnostic et pour procéder à son traitement.

On pensera sans doute que suivre cette méthode, c'est s'embarrasser de soins bien souvent superflus; qu'il est toujours facile pour un praticien exercé de reconnaître les formes de la diathèse syphilitique, par exemple les ulcères secondaires, les tubercules plats, les syphilides et les exostoses. Cette remarque serait vraie sans doute, si la syphilis était une maladie locale, si elle ne

donnait jamais lieu à plus d'une forme morbide à la fois, si elle se trouvait toujours limitée dans le nombre de ses symptômes extérieurs. Mais, comme cette affection est générale, comme elle se localise simultanément sur des régions souvent éloignées les unes des autres, comme, en outre des altérations locales, elle offre de nombreux symptômes généraux, il est impossible de la connaître dans toute son étendue sans réunir tous les phénomènes pathologiques accusés par le malade ou découverts par le médecin.

Du reste, cette diathèse offre souvent aussi des apparences douteuses qui se distinguent par des nuances fugitives, ou par des symptômes très-secondaires en apparence. N'est-ce pas à l'aide d'une de ces particularités, l'exacerbation nocturne, qu'on reconnaît une névralgie ou un rhumatisme syphilitique? N'est-ce pas aussi à l'aide d'une différence peu importante au premier abord, et cependant pathognomonique, qu'on distingue l'engorgement vénérien des testicules et des mamelles de la dégénérescence cancéreuse des mêmes organes? Le premier occupant toujours les deux glandes similaires, tandis que le second reste limité à l'un d'entre eux. Or, comment être certain que ces caractères n'échapperont pas, si l'on n'a soin de réunir toutes les indications que le malade sera en état de fournir?

Cette réunion de l'ensemble des symptômes sera plus importante encore si la diathèse s'est localisée sur un organe profondément situé, échappant pour ce motif à l'examen direct. C'est ainsi, par exemple, que

Stoll (1), appelé à traiter deux petites filles atteintes d'affections pulmonaires graves, en reconnut la nature syphilitique à la présence d'exostoses que portaient ces jeunes malades. Certes, si le médecin se fût borné, dans ce cas, à constater les symptômes saillants de l'état pulmonaire, son illusion eût été grande, car il n'aurait connu qu'une partie du mal, dont la véritable nature lui aurait échappé.

Or, cette coïncidence de symptômes réellement syphilitiques a fait trop souvent reconnaître la véritable espèce d'un état morbide, pour qu'il ne soit pas très-important pour le médecin de la constater. Sur cent vingt-cinq des observations de M. Yvaren, elle s'est montrée quatre-vingt-dix-neuf fois. Chez tous ces malades la présence d'un chancre ou de sa cicatrice, celle d'un ulcère secondaire, d'une plaque muqueuse, d'une syphilide, de gommes, d'engorgements glandulaires, d'iritis, de douleurs ostéocopes, vint éclairer le diagnostic et montrer que la vérole n'était pas étrangère à ces affections dont, le plus souvent, la véritable nature avait été longtemps méconnue. Il n'en eût pas été ainsi, à coup sûr, si l'on ne se fût pas laissé arrêter par la considération exclusive des symptômes les plus apparents, si l'on eût tenu compte de toutes les lésions de sensibilité, de fonctions et de texture présentées par le malade, de leurs nuances et de leurs variétés.

L'individualisation pathologique recommandée par

(1) Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis.*

Hahnemann est encore la seule méthode capable de nous faire reconnaître les différentes formes de la *syphilis larvée*. Ainsi que je l'ai dit, celle-ci est le résultat d'une complication ; les phénomènes qui l'expriment, offrent par cela même des caractères douteux. C'est seulement en les réunissant tous, en comparant l'état morbide qu'ils représentent avec celui que la maladie simulée aurait dû revêtir, en tenant compte de toutes ces différences, qu'on peut prononcer sur la coexistence de plusieurs virus. Les exemples seraient faciles à donner. Tandis que les caractères de la toux, ceux de la fièvre, le marasme tendent à faire confondre la phthisie syphilitique et la phthisie tuberculeuse, l'aspect des crachats, qui restent glaireux et transparents, l'absence d'hémoptysie et des signes stéthoscopiques habituels, permettront de les séparer. Mais, pour établir ces différences, il faut tout d'abord les constater, ce qu'on ne peut faire si l'on ne tient compte de tous les symptômes de la maladie.

Mais pour tirer parti de l'individualisation pathologique, il ne suffit pas de réunir *toutes les souffrances* présentées par le malade ; il faut encore les subordonner. C'est ici que la division des phénomènes appartenant à la syphilis, en *symptômes généraux, symptômes locaux*, et *symptômes individuels*, trouve toute sa valeur. « On sait, dit M. Yvaren, que nos aïeux accordaient « une grande importance à l'expression du facies, « et qu'ils prétendaient reconnaître un vérolé à son « visage pâle, terreux, à la tristesse et aux rides mar- « quées sur son front, à ses yeux ternes, entourés d'un

« cercle livide, à son regard morne, perdu, préoccupé, « à ses lèvres décolorées, à la fétidité de son haleine, « à la rudesse, à la couleur terne de sa barbe et de ses « cheveux qui tombent par places (1). » Les auteurs modernes ont encore ajouté à cette énumération. M. Bassereau, entre autres, résumant les symptômes accessoires des syphilides, les divise en quatre classes : « 1° des douleurs ou simplement une rigidité doulou- « reuse occupant diverses articulations et principale- « ment les épaules, les coudes et les genoux, augmen- « tant le soir, dans le lit spécialement, et causant l'in- « somnie ; 2° des douleurs dans la continuité des os, « dans le sternum, dans les os longs, et notamment « dans le corps des tibias et des cubitus ; 3° une cé- « phalalgie diurne et nocturne ; 4° des accès fébriles « revenant périodiquement chaque soir, à la tombée « de la nuit, avec frisson, puis chaleur et sueur ; 5° un « appétit quelquefois diminué, mais bien plus souvent « aussi, augmenté d'une manière notable ; 6° de la « courbature, de la faiblesse, des malaises, de l'op- « pression, des vertiges, des sueurs nocturnes (2). »

Si l'on examine un à un chacun de ces caractères, il est évident qu'ils sont sans valeur quand on les étudie séparément ; mais qu'ils prennent beaucoup d'importance, au contraire, lorsqu'ils sont réunis. Il y a sans doute bien d'autres affections que la syphilis qui font tomber les cheveux, rident le visage, donnent de la céphalalgie, de la fièvre et des sueurs nocturnes ;

(1) *Loc. cit.*, p. 522.
(2) Bassereau, *loc. cit.*, p. 380.

mais il n'y en a point qui offre la réunion de ces souffrances. C'est donc en les connaissant toutes, non-seulement en elles-mêmes, mais aussi dans toutes leurs variétés, qu'on peut en tirer un parti avantageux.

Les *symptômes locaux* n'ont aussi toute leur valeur qu'autant que l'on s'arrête à l'ensemble de leurs caractères. Ceux-ci sont-ils considérés isolément ? Ils perdent la plus grande partie de leur signification. Bien d'autres causes différentes du virus syphilitique peuvent, on le sait, causer des dermatoses qui se rapprochent des syphilides par de nombreuses analogies. Or, ces dernières se distingueront non pas seulement par leur coloration, leur forme, l'absence du prurit, etc., mais par tous ces caractères réunis, et, plus souvent encore, par des symptômes tout à fait accessoires. Ce qui est vrai des éruptions syphilitiques, l'est aussi des ulcères secondaires, des gonflements du périoste et des os, etc. Ce n'est pas par un seul signe que ces formes morbides se distinguent de celles auxquelles la syphilis ne prend aucune part, c'est par l'ensemble des phénomènes morbides qui les constituent. Lorsque, ces derniers étant reconnus, il reste encore quelque doute, c'est en les comparant aux symptômes généraux, diathésiques, qu'on peut faire cesser l'incertitude.

Les *symptômes individuels* nous font connaître la maladie et le malade. Ainsi que le rappelle M. Yvaren, « le ton, les allures, la physionomie générale qu'im-« priment les habitudes du libertinage étaient, et sont

« encore, de puissantes raisons de soupçonner la par-
« ticipation de la syphilis à la production des mala-
« dies simulées, dont de tels sujets peuvent être por-
« teurs (1). »

C'est aussi par ces symptômes, qu'on a coutume de négliger aujourd'hui, que le choix du médicament se trouve bien souvent fixé, que sa dose et son mode d'administration se modifient. On comprend facilement que la liste de ces caractères ne puisse être donnée; elle serait presque interminable; les idiosyncrasies, les influences du tempérament et de la constitution, celle des habitudes contractées, doivent y prendre leur place. Mais pour être nombreux, ces caractères ne sont pas moins importants. Seulement, il ne faut pas oublier qu'ils ne constituent jamais, en matière de diagnostic, que des probabilités; leur valeur étant bien plus thérapeutique que pathologique.

Si l'on examine enfin l'importance relative des trois classes de phénomènes dont je viens de parler, on jugera que le médecin a intérêt à en tenir compte. La première, en faisant connaître les symptômes fondamentaux, diathésiques; la seconde, en nous instruisant sur les symptômes locaux et formels, nous indiquent tout ce que nous avons besoin de connaître relativement à la maladie; la troisième enfin, nous montrant ce qu'il y a d'individuel dans le cas observé, nous aide à le distinguer de tous ceux qui lui ressemblent.

Considéré isolément, chacun de ces groupes a une

(1) *Métamorphoses de la syphilis*, p. 523.

importance relative ; réunis, ils acquièrent une valeur absolue pour établir l'état actuel du malade qui nous consulte.

Cette notion est la première que le médecin doive acquérir, mais elle n'est pas la seule. Hahnemann nous recommande, en effet, de remonter dans le passé du sujet après avoir reconnu son état présent, les antécédents, que l'on découvre par ce moyen, ayant une véritable valeur qu'il importe de fixer.

Étudiés par rapport à la maladie qui nous occupe, ils se divisent en trois catégories : 1° les antécédents syphilitiques, 2° les antécédents non syphilitiques, 3° ceux auxquels on peut donner le titre d'antécédents thérapeutiques.

Il faut placer en première ligne, parmi les *antécédents syphilitiques*, l'existence de symptômes primitifs à une époque quelconque de la vie du malade. Ce signe est d'autant plus important que, selon la remarque de Hahnemann, les virus sont des agents pathogéniques dont la forme vitale ne triomphe pas à elle seule, de sorte que, du moment où un malade avoue avoir subi leur première atteinte, il a toujours à se demander si les souffrances postérieures à l'infection n'en seraient pas une conséquence. Selon M. Yvaren, ni l'ancienneté ni la bénignité des symptômes primitifs ne doivent faire rejeter une pareille hypothèse. « Le peu « d'importance, l'insignifiance apparente qu'auraient « offerte les accidents primitifs, rassurent à tort le ma- « lade et le médecin. Les chances d'infection consé- « cutive et, partant, celles d'une syphilis larvée ne

« sont nullement en rapport direct avec la gravité des « symptômes primordiaux; loin de là, l'atteinte la « plus légère, un écoulement de peu de durée, une « excoriation fugace, peuvent être suivis des accidents « les plus fâcheux (1). »

Le temps qui s'est écoulé entre le moment de l'infection et celui où la maladie éclate, n'est pas non plus une raison de refuser à cette dernière le caractère syphilitique ; car ce laps de temps n'est pas toujours régulier. Lorsqu'il s'agit, par exemple, de la pseudo-syphilis, il est de six semaines à deux ou cinq mois, mais se prolonge chez quelques malades bien au delà de ce terme, allant même jusqu'à vingt à vingt-cinq ans (2). Les craintes du médecin ne seront pas arrêtées non plus par l'application antérieure d'un traitement spécifique. D'abord, parce que celui-ci est rarement assez complet; ensuite parce que du moment où l'on est forcé de se borner, comme il arrive en allopathie, aux mercuriaux et aux iodures, la maladie ne peut être poursuivie sous toutes ses formes, détruite dans toute son étendue.

Lors donc qu'il se rencontre parmi les antécédents d'un malade des signes certains de syphilis primitive, on est toujours en droit de supposer que ce virus n'est pas étranger aux maladies chroniques dont le sujet peut avoir à souffrir plus tard.

Cette hypothèse deviendra plus probable s'il se rencontre des symptômes constitutionnels parmi les an-

(1) Yvaren, *loc. cit.*, p. 524.
(2) Yvaren, *loc. cit.*, observ. 97.

técédents. La vérole est une maladie si difficile à guérir, de l'aveu des syphilographes les plus illustres, que du moment où elle a paru une première fois, on doit craindre de la voir reparaître encore.

Les *antécédents non syphilitiques* ne pourront rien nous apprendre relativement au diagnostic de la vérole même; mais ils seront d'un grand secours pour nous faire apprécier les complications que cette diathèse a pu éprouver. Pour juger d'une manière exacte la valeur de ces renseignements, il faudra toujours se rappeler que la syphilis ne s'ajoute pas aux maladies aiguës devant lesquelles elle paraît céder (1), qu'elle s'unit seulement aux affections chroniques. Celles-ci devront donc surtout être tenues en sérieuse considération. Le médecin cherchera à les connaître toutes, notant celles dont le malade a souffert avant l'infection, au moment où celle-ci a eu lieu, et depuis elle. Un point très-important est de pouvoir apprécier ce qu'était l'état de santé du sujet au moment où le chancre a été acquis, le médecin devant toujours se rappeler que la syphilis ne s'ajoute pas aux autres maladies chroniques, lorsque celles-ci sont à l'état latent.

Les *antécédents thérapeutiques* enfin, en nous édifiant sur les traitements antérieurement suivis, nous apprennent jusqu'à quel point il est permis de compter

(1) *Voyez* dans l'*Annuaire de la syphilis*, pour 1858, une observation de variole venue chez un sujet vérolé, et pendant le cours de laquelle la maladie vénérienne céda complétement, pour reparaître ensuite.

sur leur action. La thérapeutique s'est-elle bornée à l'emploi d'une médication rationnelle et locale? On peut affirmer que le virus n'a pas été détruit; qu'il y a donc tout à redouter de sa présence. Ce traitement a-t-il été interne et spécifique; s'est-il composé de médicaments donnés à haute dose? ceux-ci peuvent avoir développé des phénomènes accessoires qui viennent obscurcir et défigurer le tableau de la maladie.

Il est facile de comprendre combien il importe de constater ces effets artificiels, d'en faire la part exacte, pour fixer l'utilité des traitements antidotiques. La connaissance exacte des propriétés physiologiques des médicaments, connaissance qui est le fruit d'une longue étude de la matière médicale pure, peut seule conduire à ce but.

Hahnemann recommande encore, comme dernier élément de diagnostic, de chercher quelle influence l'état de santé du malade a pu avoir sur ceux qui l'entourent et sur ses descendants.

En matière de syphilis, la première de ces notions peut être très-précieuse. On trouve par exemple dans le livre des *Métamorphoses* deux exemples qui en feront comprendre toute l'importance. Il s'agissait de deux femmes atteintes d'engorgement, réputé squirrheux, du col utérin. Pour toutes deux, l'erreur de diagnostic fut reconnue, parce que des hommes, après avoir cohabité avec ces malades, virent apparaître des symptômes primitifs parfaitement caractérisés (1).

(1) *Métamorphoses de la syphilis*, observ. 123 et 124.

J'ai eu aussi l'occasion de rencontrer un fait analogue. En 1848, se présenta à mon dispensaire une femme de 45 ans, se plaignant de pertes utérines abondantes et répétées. Le toucher fit reconnaître un engorgement dur et résistant du museau de tanche. Le corps de la matrice était sain. La malade accusait des douleurs dans les hanches et les cuisses, mais pas d'élancements. Le speculum avait montré qu'il n'existait aucune trace d'ulcère. Le teint jaune-paille de la malade, sa faiblesse, sa maigreur, tout donnait à croire à l'existence d'une affection cancéreuse.

Il y avait cependant quelque anomalie au point de vue pathologique. L'absence d'élancements, le peu d'abondance de la leucorrhée, la coloration de la muqueuse utérine, faisaient naître quelque doute. Mais ce qui fit penser surtout à tout autre chose qu'à un cancer, c'est que le mari, consultant ensuite pour lui-même, assura n'avoir jamais eu de syphilis, mais s'être trouvé pris tout à coup, trois ans auparavant, et à la suite de rapports très-légitimes, d'une urétrite accompagnée d'ulcères superficiels sur le prépuce. Son médecin lui avait assuré que ces symptômes étaient étrangers à la vérole, consolation à laquelle il s'était volontiers arrêté.

Cette circonstance fit croire, chez la femme à un engorgement syphilitique du col utérin. La malade fut traitée non pas seulement en raison de cette hypothèse, mais aussi d'après l'ensemble des symptômes qu'elle présentait. La *sepia*, le *lachesis*, le *soufre*, etc., furent successivement administrés. Les pertes diminuè-

rent, et, au bout de six mois, les règles étaient revevenues à leur abondance, à leur fréquence normale, et le col de l'utérus avait repris sa souplesse. Il n'en eût certainement pas été ainsi, s'il se fût agi d'un véritable cancer.

Le plus souvent ce n'est point le mari qui souffre de l'état de santé de la femme, ou, dans les conditions inverses, ce n'est pas la femme qui est influencée par la maladie de son mari, ce sont les enfants. Une femme présentait tous les symptômes d'une phthisie laryngée incurable; elle accouche, et, trois mois après sa naissance, son enfant est couvert de pustules syphilitiques occupant, en particulier, les fesses et les parties génitales. Le père étant sain, on pensa que la maladie avait été transmise par la mère; on crut, dès lors, à un ulcère syphilitique du larynx et non à une dégénérescence tuberculeuse : le mercure fut donné à cette femme, et la guérison vint confirmer le diagnostic porté en dernier lieu (1).

En résumé, la seule méthode capable de conduire à un diagnostic certain de la syphilis, est l'individualisation, à laquelle on arrive en tenant compte de tous les symptômes présentés par le malade, et considérés dans toutes leurs nuances, toutes leurs variétés; en s'éclairant aussi des antécédents, de la santé de ceux avec lesquels le sujet peut avoir des rapports intimes, et des enfants auxquels il a donné naissance.

Cette méthode est la seule qui soit assez complète et

(1) Yvaren, *loc. cit.*

assez précise pour nous faire connaître la maladie dans toute son étendue, nous édifier sur ses complications; la seule qui nous permette d'en saisir les signes les moins importants en apparence, mais dont l'existence est souvent décisive pour le médecin. Elle seule est assez compréhensive pour satisfaire à toutes les exigences de la pratique, en ce sens surtout qu'elle nous permet de fixer le choix du médicament curatif, après nous avoir édifiés sur le véritable ennemi qu'il faut combattre.

Chose remarquable! c'est vers l'individualisation absolue, recommandée par Hahnemann, que les défenseurs des doctrines officielles se trouvent entraînés. Recommander, avec M. Yvaren, de fonder le diagnostic de la syphilis larvée sur les irrégularités que présente la maladie simulée, sur ses nuances les plus légères, obliger à tenir compte de l'existence antérieure d'accidents primitifs, suivis ou non de symptômes constitutionnels, de la transmission de cette maladie par le contact ou par voie de génération; ne pas négliger l'état moral et les habitudes du malade, son habitus extérieur, n'est-ce pas afficher une tendance marquée à imiter Hahnemann, à le suivre dans cette voie où il était entré soixante ans au moins avant le médecin d'Avignon? Que dit en effet notre maître? De ne pas s'arrêter aux symptômes ordinaires et communs des maladies, mais de rechercher avec soin, même avec minutie, leurs nuances, leurs variétés, en un mot leurs différences les plus insignifiantes; et M. Yvaren a dû en venir à ce point pour distinguer les

névralgies, les rhumatismes, les phthisies syphilitiques de ceux qui ne le sont pas. Il dit ensuite de remonter dans les antécédents des malades, de tenir compte de leurs habitudes, de leur genre de vie, de leurs relations, ce que l'auteur du livre des *Métamorphoses* recommande de ne pas négliger ; enfin de scruter la santé des enfants pour mieux analyser celle de leurs engendreurs, et reconnaître, par les souffrances des premiers, la nature des germes morbides qu'ils auraient reçus des seconds : or, c'est encore cette notion que le médecin d'Avignon recommande d'acquérir. Cette fois encore l'allopathie s'est donc vue forcée de rendre un hommage, bien involontaire sans doute, à l'œuvre si hardiment élevée par le fondateur de l'homœopathie, et d'adopter une méthode qu'elle ne cesse pourtant de décrier et de combattre.

L'adhésion d'hommes aussi éminents que l'auteur dont je parle, alors même qu'elle n'est point avouée, serait pour notre doctrine un véritable titre de gloire, et nous la reconnaîtrions avec bonheur si nous n'avions pas quelque motif de regret.

N'est-il pas pénible de voir emprunter à l'homœopathie jusqu'aux détails de sa méthode, sans que l'honneur de l'initiative soit renvoyé à l'homme qui a eu le bonheur d'appliquer cette méthode à la médecine ? N'est-il pas plus regrettable encore de reconnaître que les adversaires de l'homœopathie, en suivant ses préceptes d'une manière incomplète, ne sachent pas en tirer toutes ses conséquences, et doter leur pratique d'une précision que les disciples

de Hahnemann seraient heureux de leur voir partager, et dont les malades pourraient retirer un si grand fruit ?

Certes, ce n'est pas en recommandant de considérer comme vénériennes les maladies qu'un traitement rationnel n'a pu ni améliorer ni guérir (1), mais que le mercure a fait disparaître, que l'on pourra remplacer la certitude que nous donne l'individualisation pathologique.

S'il fallait, par exemple, ranger parmi les effets de la vérole toutes les maladies chroniques contre lesquelles la médecine rationnelle est impuissante, celles qu'elle soulage parfois, mais ne détruit jamais, il faudrait étendre de beaucoup les limites de cette diathèse, et l'on arriverait certainement à placer dans son cadre toutes les maladies chroniques auxquelles l'homme est exposé.

De même, s'il fallait accorder une nature syphilitique à toutes les formes morbides que le mercure guérit ou soulage, on dépasserait de beaucoup les résultats de l'observation. D'abord, parce que ce métal ne guérit pas à toutes les périodes de la maladie, ensuite parce qu'il possède plus de propriétés que la syphilis n'offre de symptômes, et qu'il a triomphé plus d'une fois d'affections qui n'avaient aucun caractère vénérien. Du reste, les révélations du principe : *Naturam morborum curationes ostendunt*, sont trop tardives pour être souvent utiles. Ce qu'on demande au

(1) Yvaren, *loc. cit.*

médecin, c'est de reconnaître la maladie au moment où il la traite, et non pas quand elle a disparu.

Faisons donc des vœux pour que nos confrères, mieux éclairés sur les intérêts de la science, viennent puiser plus largement et plus complétement parmi les richesses que le génie de Hahnemann a réunies; pour qu'ils sacrifient plus souvent au sentiment de la justice, en reconnaissant les services rendus par notre doctrine et par celui qui l'a formulée.

Je ne puis terminer ce qui a trait au diagnostic sans dire comment il est possible de reconnaître la *syphilis à l'état latent*, tâche difficile à remplir, mais dont l'importance est incontestable, le médecin étant souvent mis en demeure de se prononcer sur la possibilité, pour le malade, de contracter un mariage légitime.

Un exemple ferait au besoin sentir toute l'utilité de cette question. On se rappelle cette observation de Stoll, que j'ai citée plus haut, et dans laquelle il s'agissait de deux petites filles atteintes d'affections pulmonaires syphilitiques et d'exostoses. La mère de ces enfants était saine; le père, examiné avec soin, ne présentait aucun signe de vérole, et n'en avait offert aucune trace depuis son mariage. Lui seul cependant était coupable; mais ce fut seulement après la guérison de ses enfants, que la syphilis éclata chez lui sous la double forme de syphilide et d'ulcères de la gorge (1). N'eût-il pas été précieux, pour ce malade, de savoir que l'existence antérieure de symptômes

(1) *Métamorphoses de la syphilis*, observ. 78.

primitifs, non suivis d'accidents constitutionnels, ne devait pas le laisser sans crainte pour l'avenir, et que sa santé apparente ne mettait pas ses enfants à l'abri de tout danger?

Il est évident que la méthode précédemment indiquée trouve ici encore son application. La syphilis à l'état latent, ce n'est, en effet, que la syphilis privée de ses symptômes organiques; ou mieux la syphilis réduite à ses effets généraux et à ses symptômes individuels. Elle se présente alors dans un état analogue à celui de ces rougeoles sans exanthème, de ces varioles sans éruption, dont parle Sydenham, affections dont l'existence est révélée par les signes diathésiques, alors que les altérations locales manquent complétement.

C'est ici surtout qu'il importera de réunir toutes les souffrances accusées par le malade, toutes celles que le médecin pourra ensuite constater, l'expression du visage et tout ce qui a rapport à l'habitude extérieure, l'état des forces, la composition du sang, etc.

A tous ces caractères Hahnemann en ajoute un autre, auquel il accorde une grande valeur, je veux dire la coloration de la cicatrice du chancre. Selon lui, tant que cette cicatrice reste « livide, rougeâtre, « rouge ou bleuâtre, » il y a tout à craindre, tandis que si la diathèse a été complétement détruite par un traitement interne, « on ne saurait distinguer la place « qu'elle occupait, la peau étant devenue là aussi « unie et de la même teinte que partout ailleurs. »

Ces cicatrices apparentes étant ainsi le dernier

vestige d'altération locale qu'il soit possible de constater, leur importance devient extrême pour le médecin chargé de reconnaître si la vérole existe encore, si le malade doit redouter ses phénomènes consécutifs, craindre sa transmission héréditaire. Il serait utile d'ajouter à ce signe l'existence d'indurations ganglionnaires, souvent très-limitées, mais dont la présence est tout aussi importante pour le diagnostic.

Ainsi, lorsque la maladie est dite à l'état latent, le médecin par des recherches minutieuses peut encore reconnaître des traces matérielles de son existence, lesquelles, jointes aux caractères généraux et individuels, prouvent que le désaccord de la force vitale produit par le virus existe toujours, qu'il faut en redouter les effets. L'individualisation hahnemannienne est ici d'autant plus nécessaire que les caractères dont il s'agit sont moins saillants, et que l'illusion est plus facile.

La connaissance des antécédents est surtout d'une grande utilité. L'existence antérieure de symptômes primitifs, l'absence d'un traitement spécifique suffisant, permettent d'affirmer que le désaccord dynamique persiste, qu'il éclatera tôt ou tard, l'organisation la plus robuste ne pouvant, à elle seule, en triompher complétement.

Ces données seraient le plus souvent suffisantes. En fût-il autrement, le médecin trouverait un autre moyen de calmer les craintes du malade ou de justifier ses inquiétudes. Ce moyen, c'est la thérapeutique qui le lui offre. M. Yvaren s'est convaincu en effet par

une statistique soigneusement établie, que les eaux sulfureuses ont pour effet essentiel de faire sortir la syphilis de l'état de sommeil qu'elle affecte quelquefois. Ce résultat étant obtenu dans ce cas par une perturbation violente, se reproduit sous l'influence d'autres secousses de ce genre, en particulier sous l'influence des bains de mer. Je pourrais citer deux exemples relatifs à ce sujet.

Un monsieur de 40 ans, client habituel de l'homœopathie, contracte un chancre induré. Il lui semble cette fois que la thérapeutique hahnemannienne doit lui faire défaut, qu'il est nécessaire, pour guérir rapidement une maladie de ce genre, de s'adresser à un spécialiste de renom. Il consulte, en conséquence, un des maîtres de l'art; son chancre est profondément cautérisé. Peine inutile; dans le délai voulu la vérole éclate. Un traitement mercuriel est institué, et les symptômes organiques disparaissent. S'agissait-il d'une palliation ou d'une guérison ? C'est ce que le malade voulait savoir. Son médecin, pour calmer toute appréhension, conseilla les eaux sulfureuses, et envoya son client à Bagnères de Luchon. Sous l'influence des premiers bains, tous les symptômes reparurent. Les douleurs rhumatoïdes revinrent, la roséole se dessina de nouveau, les ganglions cervicaux s'engorgèrent, les testicules devinrent indurés. Dans cet état, le malade songea à l'homœopathie, et vint lui demander une guérison véritable.

Autre fait. Un employé d'une grande administration, ancien artiste dramatique, ayant été exposé par

profession à des tentations nombreuses, avait bien souvent succombé. Plusieurs infections successives avaient été la conséquence de ces faiblesses, mais tout s'était borné à des chancres, sans autre résultat. Ce malade, il est vrai, avait souffert pendant longues années d'une diarrhée rebelle; mais comment supposer que celle-ci pût avoir quelque rapport avec les ulcérations d'autrefois? Bref, étant rentré dans la vie régulière, il se croyait à l'abri de tout danger, d'autant mieux même qu'un mariage légitime l'avait rendu père d'un enfant absolument exempt de syphilis. Il y a deux ans, ce monsieur se rendit aux bains de mer, les prit à des intervalles très-rapprochés (deux et trois par jour); et il eut la douleur d'être atteint tout à coup, après deux jours de fièvre et de malaise, d'une roséole très-étendue et d'une iritis qui faillit lui faire perdre l'œil droit.

Je reviendrai plus tard sur ces deux observations lorsque j'aurai à parler de la thérapeutique ; tout ce que je veux retenir en ce moment, c'est la preuve de l'efficacité des traitements perturbateurs, en particulier des eaux sulfureuses et des bains de mer, lorsqu'il s'agit d'obliger le virus syphilitique à produire des symptômes locaux, caractéristiques.

Je ne puis dissimuler toutefois que cette épreuve n'est pas sans danger, le médecin n'étant pas toujours en état d'arrêter l'impulsion qu'il a donnée à la maladie. C'est donc un devoir pour lui d'éviter de pareils essais. Il y parviendra aisément en remplaçant ces épreuves thérapeutiques par l'individuali-

sation pathologique, dont il a été déjà si souvent parlé.

Si cette dernière ne suffisait pas à lever tous les doutes, et qu'il fallût en venir à l'emploi des médicaments, il trouverait dans les préparations homœopathiques le moyen d'arriver au but d'une manière aussi certaine, mais moins redoutable. Il faudrait alors fixer son choix d'après les quelques symptômes reconnus chez le malade, en raison de ses antécédents, en raison aussi de l'espèce de la diathèse dont on soupçonne l'existence.

Le médecin n'est donc pas entièrement désarmé en face de la syphilis réduite à l'état latent. Les symptômes généraux, les signes individuels, les antécédents, des traces de lésions organiques antérieures, l'action de certains médicaments, peuvent lui faire découvrir l'existence de la maladie, le mettre à même de prononcer sur l'avenir du malade et sur celui de ses enfants.

C. *Pronostic.* — La syphilis est une de ces maladies pour lesquelles le médecin est souvent pressé de prévoir l'avenir. Apanage presque exclusif de la jeunesse, elle entraîne avec elle de trop graves préoccupations pour que sa victime n'essaye pas de se rassurer. En général, le malade veut savoir ce qu'il doit craindre pour lui, pour la femme qui lui accordera ses faveurs, pour les enfants qu'il pourrait engendrer.

La syphilis étant une maladie chronique, il est rare que le médecin soit appelé à se prononcer sur

le danger que court la vie du malade. Ce qu'on lui demande, c'est de déterminer la gravité réelle de cette affection, les conditions capables de l'aggraver, et les transformations qu'elle peut subir (1). La solution de ces trois problèmes résume tout le pronostic envisagé par rapport au malade lui-même.

La gravité de la maladie dépend de sa nature. Affection virulente, elle a pour tendance naturelle de persister aussi longtemps que la vie, de s'aggraver toujours, et d'amener, dans un temps variable, des altérations assez graves pour causer la mort.

Toutes les conditions capables d'affaiblir la force vitale, d'entraver ses efforts conservateurs, la coexistence d'autres virus tout aussi redoutables que celui de la syphilis, les complications qui naissent de leur rencontre dans un même organisme, sont autant de motifs qui rendent l'avenir plus sombre et le pronostic plus sérieux.

Les transformations subies déjà par la maladie, celles qui peuvent se présenter dans la suite, doivent augmenter les appréhensions. C'est ici surtout qu'il faut se rappeler que la syphilis affecte une marche sans cesse envahissante, qu'elle ne recule jamais ; qu'une syphilide superficielle doit faire redouter, pour l'avenir, une syphilide profonde, des affections du système osseux, des gommes suivies de la destruction des parties molles et du squelette lui-même ; et que le virus, en enlevant au sang sa fibrine et ses globules, con-

(1) *Voyez* pour les conditions générales du pronostic, en homœopathie, les *Commentaires sur l'Organon*, p. 420 et pass.

duit l'organisme à l'anémie, à la cachexie et au marasme.

Une seule chose pourrait ici consoler le médecin, c'est la puissance de la thérapeutique ; car, s'il est vrai que la gravité d'une diathèse doive se juger par les dangers qu'elle amène, il l'est aussi que le pronostic se trouve toujours subordonné aux ressources dont le médecin dispose.

S'il faut en croire les oracles de la science, nous devrions nous abandonner, sous ce rapport, à un véritable découragement; car, tous s'accordent à déclarer leur impuissance, à proclamer qu'on ne guérit pas la syphilis (1). Dans leur pensée, du moment où un malade a contracté un chancre induré, son organisme est infecté pour jamais; la maladie offrira des moments de repos, mais elle ne cédera pas complétement; il y aura

(1) Après avoir établi que la science ne possède pas un *seul fait bien avéré d'une syphilis de récidive*, M. Ricord ajoute : « Pour ma part, j'ai appelé de tous mes vœux et j'ai cherché ar- « demment ces cas de récidive. Car, voyez l'énorme portée qu'au- « raient de semblables faits. Si la syphilis peut se produire deux « fois, c'est donc que l'influence d'une première infection peut « s'éteindre, qu'une première diathèse peut s'épuiser; c'est donc « que la *vérole peut guérir*, et guérir non-seulement dans ses « manifestations, mais encore en tant que disposition morbide « imprimée à l'économie. Or, vous savez que, jusqu'à ce jour, « l'on a regardé cette terrible maladie comme curable *dans ses* « *formes* seulement, mais comme indestructible dans *son fond*. « Quelle consolation, Messieurs, ce serait donner à l'humanité « que de lui annoncer qu'elle a acquis enfin le droit de guérir « absolument de la vérole ! » C'est là ce qu'indique le raisonnement; mais « si l'on abandonne la théorie consolatrice pour ne « consulter que l'inexorable clinique, l'on se trouve en face d'une « négation absolue. » (*Leçons sur le chancre*, p. 159.)

tout à redouter pour l'avenir. Aveu décourageant pour le malade et pour le médecin.

L'homœopathie sera-t-elle plus puissante? Je le crois. Tout au moins peut-on dire que, possédant une connaissance plus exacte des propriétés des médicaments, pouvant indiquer à coup sûr les agents appropriés à chaque cas individuel, varier leurs doses en raison des immenses ressources que lui offre sa posologie, il lui sera plus facile de satisfaire à toutes les exigences de la maladie, de parer à toutes ses éventualités.

Des observations nombreuses pourraient être citées ici; j'aurai l'occasion d'en résumer plusieurs dans la suite de ce travail. Il leur faut, je le sais, la consécration du temps. Peut-être pensera-t-on qu'il est nécessaire d'attendre encore pour savoir si, dans ce cas, la diathèse a été détruite. Malgré cela un fait restera prouvé, c'est que l'homœopathie peut faire cesser les manifestations extérieures de la vérole par l'emploi de moyens internes et spécifiques, et que ces derniers, répondant à l'ensemble des symptômes présentés par le malade, atteignent à la fois la cause de toutes ces souffrances et les effets déjà produits. Or, c'est en agissant ainsi sur le virus qu'il sera possible de le détruire, et d'effacer peu à peu le désaccord dynamique, origine de toutes ces douleurs.

C'est là, en tout cas, une œuvre difficile; d'autant plus même que la maladie sera plus éloignée de son point de départ. Hahnemann fait remarquer avec raison qu'il est plus facile de l'anéantir quand elle est à

sa première période, qu'après son passage à l'état secondaire (1). Il serait même relativement possible de l'arrêter encore lorsqu'elle a subi cette première transformation; tandis que, le virus ayant une fois franchi cette limite et produit des accidents tertiaires, la guérison devient presque impossible. Tout se borne alors à s'opposer aux désorganisations que la maladie a puissance de causer.

Ce qu'il y a donc à redouter dans la syphilis, c'est son incurabilité par les seules ressources de la force vitale et l'effet seulement palliatif d'un grand nombre de médicaments; c'est encore sa marche envahissante; ce sont les altérations locales qu'elle peut produire, et l'état diathésique qu'elle a le pouvoir d'engendrer.

Le pronostic se trouve subordonné à l'étendue des ressources dont le médecin dispose, à la régularité du régime, au genre de vie adopté par le malade.

Il est bien facile de comprendre, en effet, que la continuation d'une vie de débauche, et des infections successives, rendent le pronostic plus grave encore, parce qu'elles hâtent la marche de la maladie, et parce qu'elles paralysent les efforts de la thérapeutique.

Une considération importante à retenir, est celle de la nature même du chancre, point de départ de la maladie. Cet ulcère a-t-il été induré, tout est à craindre;

(1) *Loc. cit.*

Est-il resté à l'état de chancre mou, les symptômes ultérieurs seront moins graves, mais ils existeront cependant.

Le pronostic envisagé par rapport à la femme avec laquelle le malade cohabitera, repose tout entier sur la transmissibilité de la maladie parvenue à sa seconde et à sa troisième période. Pour la première, en effet, il n'y a pas de doute. Tout individu porteur d'un chancre en communiquera un presque à coup sûr pendant le coït; celui-ci doit donc être absolument défendu.

L'accord n'est plus aussi complet entre les médecins quand il s'agit de la contagion de la syphilis constitutionnelle. Cette affection étant considérée comme incurable, sa durée pouvant être aussi longue que la vie, il a paru bien sévère de condamner le malade à un célibat sans limite; et on a cherché par tous les moyens possibles si cette proscription devait être imposée à l'homme syphilisé, si ce malheureux devait renoncer à toutes les joies de la famille, comme le faisait le lépreux du moyen âge. Aujourd'hui encore, les solutions les plus contradictoires sont professées à ce sujet; il importe donc beaucoup de prendre un parti à leur égard.

M. Ricord refuse à la syphilis secondaire toute propriété contagieuse, parce que ce mode de communication de la maladie n'est justifié, selon lui, ni par l'observation ni par l'inoculation.

Il est vrai qu'on a vu paraître la syphilis constitutionnelle chez des sujets qui n'avaient jamais eu de chancre aux parties génitales; mais, en cherchant bien,

on trouva qu'ils en avaient eu ailleurs; par exemple à l'anus, au doigt, au sourcil, au cuir chevelu; personne n'ignore le rôle important qu'a joué dans la discussion le chancre céphalique. Cette propriété que possède l'ulcère primitif de se développer sur toute la périphérie du corps, expliquait trop bien comment il avait pu échapper à l'attention du malade et aux recherches du médecin, pour qu'on ne trouvât pas dans son existence une explication facile des faits douteux. Ceux-ci furent donc tous repoussés par cette même fin de non-recevoir.

Quant aux expériences d'inoculation, on les contesta pour un autre motif. Dans toutes celles qui avaient été citées, du pus emprunté à une plaque muqueuse ou à une pustule plate avait produit un chancre; mais comme celui-ci a la faculté de se transformer sur place, *in situ*, ainsi qu'on le dit dans le langage de l'école, on en conclut que le liquide inoculé avait été recueilli avant que cette transformation ne fût complète, à un moment où il restait encore une petite partie de l'ulcère. Dans cette hypothèse tout s'expliquait facilement. C'était en réalité le pus d'un chancre primitif qui avait été inoculé, il n'était donc pas surprenant que le résultat de cette opération eût été une pustule caractéristique. Chaque fois, au contraire, que l'inoculation avait été pratiquée avec le pus emprunté à un véritable tubercule muqueux, la plaie s'était cicatrisée promptement, sans donner lieu à aucune pustule, à aucun ulcère, sans faire naître non plus aucun symptôme constitutionnel.

La conclusion naturelle de tous ces faits consistait à dire qu'il n'y a point de vérole sans chancre préalable, que la syphilis, parvenue à l'état secondaire ou tertiaire, n'est plus contagieuse, que les rapports sexuels peuvent donc être permis, aussi bien quand l'homme est le malade que dans la condition inverse, c'est-à-dire, lorsque c'est la femme qui est infectée.

Tous les syphilographes cependant n'ont point accepté cette affirmation de M. Ricord. La plupart des chirurgiens non spécialistes l'ont repoussée, et des hommes qui ont été placés à la tête d'hôpitaux de vénériens, tout en reconnaissant que la vérole n'est point inoculable, n'ont pas admis, pour cela, qu'elle ne fût pas contagieuse. « Les faits, écrit M. Baumès, nous « forcent à admettre que le pus ou le virus syphiliti- « que, lorsqu'il est transporté par absorption dans l'é- « conomie, est modifié par un travail quelconque de « l'organisme, inappréciable pour nous, de manière « à ce que le pus des ulcères appartenant à la syphilis « constitutionnelle, ne soit plus inoculé, avec fruit, « chez le même individu; mais je n'admets pas que « cette affection ne puisse pas se communiquer ou « communiquer la vérole à un autre individu par le « coït (1). »

Pour mieux apprécier ces solutions diverses d'un même problème, il faut bien préciser tout d'abord ce qu'on doit entendre par ces mots : *transmission de la syphilis par le contact*. Si l'on veut dire qu'il suffise à

(1) *Loc. cit.*, 1re partie, p. 13.

une femme de cohabiter avec un homme syphilisé pour contracter cette maladie, il faut admettre l'opinion de M. Ricord, et répondre par la négative. Le résultat serait le même si la femme était malade et l'homme sain, pourvu que, dans cette double hypothèse, les organes génitaux de l'un et de l'autre sexe fussent exempts de toute altération.

Mais si l'on veut entendre qu'il est indifférent de déposer sur une surface absorbante d'un sujet sain du pus emprunté à une plaque muqueuse, à un ulcère secondaire ou à une syphilide suppurante, la réponse ne peut plus être la même. Il est évident, en effet, que la contagion ne peut avoir lieu, ici, en dehors de ces conditions habituelles, conditions dont la plus importante est la présence, chez le malade, d'une sécrétion pathologique qui viendrait souiller quelque région absorbante du sujet sain. Si donc le malade est seulement porteur de symptômes sans suppuration, de roséole, d'alopécie, d'engorgements glanduleux indurés, de douleurs rhumatoïdes, la contagion n'est pas possible. S'il y a suppuration, mais que le pus se forme loin des organes de la génération, sur quelque point avec lequel le contact est impossible ou facile à éviter, la transmission pendant le coït n'aura pas lieu non plus. S'il arrive, au contraire, que la maladie occupe une surface de rapport facilement accessible, et donne lieu à une sécrétion purulente, le contact sera évidemment redoutable à tous égards. On peut dire que, sous ce rapport, le bon sens domine toute espèce de théorie. Quel serait le praticien assez hardi pour per-

mettre à un homme de cohabiter avec une femme dont la vulve, le vagin ou l'utérus seraient couverts de plaques muqueuses ou d'ulcérations secondaires ? Quel médecin oserait soutenir qu'il est indifférent d'emprunter à un malade, atteint de stomacace syphilitique, les instruments qu'il peut porter à sa bouche, sa fourchette, sa cuillère, son verre ou sa pipe? Il y a vraiment, dans les recommandations qui sont faites à cet égard, une unanimité trop complète pour n'être pas concluante.

Cependant, lorsqu'une semblable question se présente, chacun fait appel à ses souvenirs, et cherche quelque exemple pratique auquel il puisse s'en rapporter. Il ne sera donc pas hors de propos de rappeler un fait dont j'ai été témoin il y a peu de temps, et qui est assez concluant pour être consigné ici.

M. X..., 38 ans, avait eu, il y a cinq ans, un chancre induré suivi de symptômes caractéristiques, alopécie, engorgements cervicaux, douleurs rhumatoïdes, etc. Au moment où je fus consulté, il y a six mois, ce malade se plaignait de symptômes gastriques et céphaliques variés, plus d'une dermatose, qu'il appelait son herpès, et qui n'était autre chose qu'une syphilide vésiculeuse. Cette éruption occupait la fesse gauche, le côté gauche de la peau qui recouvre le pénis et le prépuce. Il n'y avait rien sur la moitié droite de la verge.

A quelque temps de là, ce malade m'amena sa maîtresse, m'assurant que celle-ci avait eu à souffrir de l'herpès dont lui-même était porteur ; que cette éruption était décidément contagieuse. Le fait est que cette

dame présentait sur la face interne de la grande lèvre droite des plaques arrondies et cuivrées, où la muqueuse était détruite; que ces plaques succédaient à de petites vésicules qui avaient été reconnues par la malade, mais qui s'étaient rompues; enfin qu'elles occupaient exactement le point sur lequel le contact devait s'effectuer pendant les rapports intimes.

Pour me convaincre entièrement, ce malade ajouta qu'ayant pris pendant longtemps les précautions nécessaires pour éviter le contact direct, ses relations avaient été sans danger, et que c'était seulement depuis qu'il s'était affranchi de ces mesures que la femme avait souffert comme il arrivait alors. Du reste, cette dame ne présentait aucun autre symptôme vénérien, pas même d'engorgement des ganglions inguinaux; elle n'avait jamais eu à souffrir de dermatose ni de leucorrhée.

On peut considérer ce fait comme probant en faveur de la transmission d'accidents secondaires par le contact, pourvu que les organes sexuels soient eux-mêmes envahis.

Tous les faits de ce genre ont pourtant été repoussés, et cela pour un seul motif, c'est que le pus emprunté à ces accidents secondaires n'a jamais été inoculé avec fruit, et qu'au dire de M. Ricord, tout ce qui n'est point inoculable ne saurait être contagieux.

Il serait facile de répondre à cette assertion, en repoussant la loi générale sur laquelle on l'appuie; car, il y a des maladies vénériennes qui ne sont pas inoculables, mais qui sont contagieuses au plus haut degré.

La blennorrhagie, dont j'aurai à parler bientôt, en est la preuve la plus frappante.

Mais il y a une réponse plus directe encore ; elle se tire d'expériences récentes, tentées en vue de résoudre le problème qui nous occupe, et qui ont donné lieu à un rapport académique officiel. M. Ricord s'est borné à faire des réserves sur les conclusions de ce travail.

Voici l'analyse de ces observations :

1° Un adulte affecté d'un *lupus* de la face, est inoculé au moyen d'un vésicatoire à l'ammoniaque, qui avait été placé sur le bras gauche, et sur la surface duquel fut placé de la charpie imbibée d'*un liquide purulent, recueilli sur des plaques muqueuses secondaires de l'anus*. Cinq jours après, le vésicatoire est sec ; le quatorzième jour seulement, la cicatrice rougit un peu ; le dix-huitième jour, *apparition d'une papule cuivrée, saillante*. Le vingt-deuxième jour, *suintement à sa surface, qui s'est étalée et élargie. Ce suintement purulent se concrète en une croûte légère*. Le vingt-neuvième jour, engorgement d'un des ganglions de l'aisselle. Le cinquante-cinquième jour, ulcération superficielle au centre de la papule, *devenue de plus en plus saillante, indurée, et constituant un véritable* TUBERCULE. « De plus, quelques taches et quelques pa-
« pules rougeâtres se sont montrées sur le tronc ; plus
« tard, elles se sont changées en pustules acnéiques,
« qui se sont généralisées sur la face palmaire des
« membres supérieurs, sur le ventre, sur la face in-
« terne des cuisses, et sur les régions inguinales. »

Le sujet qui avait fourni le pus « présentait autour

« de l'anus une couronne de pustules plates, datant « d'une quinzaine de jours, consécutives à un chancre « du prépuce, contracté quinze mois auparavant, « chancre dont la cicatrice est restée apparente. »

Il ressort d'une manière évidente, des détails précédents, que du pus emprunté à des pustules plates a donné naissance à de véritables tubercules muqueux; que lui seul en a été la cause, le sujet inoculé n'ayant jamais eu de syphilis. Il est incontestable aussi que l'explication ordinaire ne peut être appliquée à cette observation; que le pus n'a pas été emprunté à un chancre dont une partie seulement aurait été transformée en pustule, puisque l'ulcère primitif avait existé sur le prépuce, tandis que les symptômes secondaires occupaient le pourtour de l'anus.

2° Un autre malade, atteint de lupus invétéré, est inoculé par le même procédé que le précédent, et à l'aide du pus emprunté au même sujet. — Le vingt-cinquième jour seulement paraît une *papule sèche d'abord,* qui devient ensuite *un véritable tubercule plat,* avec engorgement ganglionnaire. Mêmes réflexions que pour le fait précédent.

3° Un troisième sujet, atteint encore de lupus, est inoculé à la partie supérieure de la face palmaire de l'avant-bras droit. — Celui qui avait fourni le liquide infectant avait eu un chancre induré du prépuce, chancre dont la cicatrice s'était transformée en tubercule plat lenticulaire. Des tubercules de la même espèce existaient sur d'autres régions ; il y en avait un, entre autres, *large, squammeux, d'un rouge cuivré,*

tout à fait sec, ayant au moins l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, et qui se trouvait au front. C'est en enfonçant une lancette sur la circonférence même de cette papule qu'on avait fait saillir un peu de sang séreux, lequel avait servi à l'expérience.

Ce fut seulement *cinquante jours* après l'inoculation que le malade, revenant à l'hôpital, montra une papule rougeâtre, étalée et irrégulière, légèrement squammeuse, « rappelant très-bien, par conséquent, « la papule squammeuse frontale qui avait servi à « l'inoculation. » Cette papule existait depuis quinze jours environ, s'étant ainsi formée le trente-cinquième jour qui avait suivi l'inoculation (1).

On ne sera pas surpris sans doute d'entendre M. Gibert, rapporteur de la commission, conclure de ces faits :

« Qu'il y a des accidents secondaires ou constitutionnels de la syphilis, manifestement contagieux ; qu'en tête de ces accidents il faut placer la papule muqueuse ou tubercule plat. » On ne s'étonnera pas de lui voir accepter les propositions suivantes, formulées par M. Rollet, et dire avec ce médecin :

« 1° Les lésions locales consécutives à l'inoculation « des accidents secondaires n'apparaissent jamais avant « la fin de la deuxième semaine, et, en général, elles « n'ont lieu qu'après la quatrième semaine ; *la lon-* « *gueur de l'incubation est un fait caractéristique.* »

2° La première altération consécutive à l'inoculation

(1) Voyez *Bulletin de l'Académie de médecine,* t. XXIV, p. 889 et suiv.

se fait toujours au point où l'inoculation a eu lieu. Elle reste pendant longtemps limitée dans le même siége ; elle a une marche essentiellement chronique, à ce point que, lorsqu'il n'y a point eu de traitement, l'accident local persiste encore à l'époque où surviennent les symptômes généraux.

3° L'affection locale se produit sous forme de tubercules qui s'ulcèrent au bout de quelque temps, peuvent devenir fongueux, et entraînent le plus souvent le gonflement des ganglions lymphatiques.

4° Les symptômes généraux ne débutent guère qu'au bout d'un mois, et souvent beaucoup plus tard, après les premières manifestations locales (1).

La syphilis secondaire, lorsqu'elle donne lieu à quelque lésion sécrétante, se communique donc de l'homme malade à l'homme sain ; elle se transmet alors aussi bien par le contact que par l'inoculation, et se communique en conservant les caractères qui lui appartiennent. Si donc il est permis de mettre en doute les faits dans lesquels une plaque muqueuse ou des tubercules ulcérés ont donné lieu à des chancres, il ne l'est plus de contester à ces lésions la faculté de produire des phénomènes de même ordre, de même période, et de causer une infection générale, qui suivra la marche ordinaire de la vérole.

On se demandera sans doute d'où vient la différence si profonde des résultats proclamés par M. Ricord et de ceux obtenus par M. Gibert. La raison en serait fa-

(1) Voyez *ibid.*, p. 886, et *Gazette médicale de Lyon*, 16 janvier 1859.

cile à donner; elle se trouve tout entière dans l'état de santé du sujet sur lequel l'inoculation fut pratiquée. M. Ricord a toujours opéré sur des malades atteints de syphilis, ne se croyant pas en droit d'exposer à une aussi terrible affection celui qui en est exempt; M. Gibert, au contraire, a inoculé des hommes qui n'avaient jamais eu la vérole; il n'est donc pas surprenant qu'il ait obtenu des résultats différents.

Chacune de ces séries d'expériences conduit du reste à une conclusion pratique. La première montre que le sujet vérolé ne ressent pas plus les effets du pus sécrété par un accident secondaire que celui du chancre primitif; qu'il est aussi bien réfractaire à l'inoculation du premier qu'à celle du second. L'autre série nous montre, au contraire, que le sujet indemne de syphilis est accessible à l'inoculation, aussi bien lorsque celle-ci est pratiquée avec le pus d'un accident secondaire qu'avec celui du chancre induré.

Or, c'est là précisément ce qu'il nous importe de savoir, lorsqu'il s'agit de permettre le coït à un sujet syphilisé, ou de le lui interdire. Tous les renseignements qui précèdent nous font évidemment une obligation étroite de défendre de semblables rapports; car la syphilis secondaire est contagieuse; elle se transmet avec tous ses caractères, se contracte quand il y a sécrétion purulente et absorption de ce liquide; elle est également redoutable pour l'homme et pour la femme.

J'ajouterai que cette dernière, par le rôle que la Providence lui a confié dans l'acte de la procréation,

se trouve exposée à contracter la vérole par une autre voie, c'est-à-dire par l'intermédiaire de son enfant.

M. Diday a reconnu que du moment où le fœtus avait été infecté par son père, sa mère étant saine, il pouvait communiquer la vérole à cette dernière pendant le cours de la gestation.

L'auteur dont je parle appuie son dire sur les faits suivants :

1° Le plus grand nombre des observations, rapportées en vue d'établir le caractère contagieux des symptômes secondaires, ont eu des femmes pour sujet. Il s'est toujours agi, en pareil cas, de l'infection de la femme par l'homme ; ce qui constitue pour celle-ci une prédisposition, dont on trouve le motif dans les rapports qui l'unissent au fœtus pendant la vie intra-utérine.

2° Les femmes, tout en cohabitant avec des hommes syphilitiques, n'ont jamais vu apparaître de traces de la vérole, jusqu'au moment où elles sont devenues enceintes, tandis qu'à partir de cette époque, les signes les plus irrécusables de la maladie ont pu être constatés.

3° Ce phénomène s'est produit, alors même que la vérole était chez le père à l'état latent ; ce qui exclut toute idée de contagion.

4° Les premiers symptômes, en paraissant sur des régions avec lesquelles tout contact était impossible, excluaient du reste toute hypothèse de ce genre.

5° Chaque fois que la mère présenta, pendant sa grossesse, les signes d'une infection irrécusable, son

enfant vint toujours au monde, le corps couvert d'éruptions caractéristiques.

M. Diday conclut, des observations précédentes, qu'un enfant infecté par son père au moment de la conception, transmet la maladie à sa mère pendant la grossesse ; ce qui s'explique par les rapports anatomiques nombreux qui existent entre l'utérus et l'embryon. Le même auteur utilise cette découverte pour expliquer comment on voit la vérole éclater tout à coup, chez certaines femmes, après un retard dans les règles, retard accompagné des symptômes les plus extraordinaires. Tantôt cette aménorrhée se termine, au bout de quelques mois, par une métrorrhagie abondante, c'est-à-dire par un accouchement prématuré ; tantôt l'expulsion du fœtus est plus tardive, et l'on peut alors constater chez lui des signes irrécusables de la syphilis. Dans ces deux circonstances, la femme avait reçu la vérole de son enfant ; elle était devenue malade pour avoir conçu un embryon syphilisé.

Lors donc que le médecin se trouve en présence d'un homme syphilitique, demandant à cohabiter avec une femme saine, il doit être inexorable, et prescrire la continence la plus absolue. La femme est, en effet, alors doublement exposée à l'infection : elle doit trembler comme épouse et comme mère.

Le médecin ira-t-il alors, comme quelques-uns l'ont ouvertement proposé, conseiller au malade de rendre ces rapports inféconds? Non, à coup sûr ; car ce serait aller contre toutes les lois de la morale et de la conscience ; ce serait tolérer des pratiques trop ré-

pandues, hélas! et contre lesquelles il est de son devoir de lutter; ce serait retirer à la femme toute dignité, en faire un instrument de plaisirs honteux, enlever aux rapports intimes la seule condition qui les justifient et les élèvent, je veux dire la possibilité d'appeler un nouvel être à la vie.

Si le médecin se trouve en présence de conditions inverses, si la femme est infectée et l'homme sain, sa proscription sera tout aussi précise. Il arrive souvent, dans ce cas, que les symptômes secondaires occupent les organes de la génération : la vulve, le vagin, l'utérus; et l'on sait maintenant quel danger l'homme courrait alors. Pût-il y échapper, parce que la diathèse se serait localisée ailleurs, qu'il devrait s'abstenir encore; car, s'il n'a pas lieu de craindre pour lui, il doit trembler pour l'enfant qui pourrait être conçu sous une pareille influence.

Il est bien reconnu aujourd'hui que l'enfant peut recevoir la maladie de son père, de sa mère, ou de tous deux à la fois, et cela dans des circonstances déterminées.

Pour que la syphilis soit donnée par le père, il faut qu'elle soit arrivée, chez lui, à sa période secondaire. Tant qu'elle reste à l'état primitif, la femme reçoit seule la première influence du virus, contracte un chancre, mais l'enfant ne reçoit pas directement la maladie.

L'infection par le père a lieu le plus souvent au moment de la conception; M. Diday pense qu'elle pourrait se produire encore dans le cours de la grossesse.

Elle peut avoir lieu entre le moment où le chancre vient de disparaître et celui où la syphilis constitutionnelle commence, aussi bien qu'entre deux poussées de symptômes secondaires. Elle se produit lorsque la maladie est à l'état latent, ou quand elle est en complète expansion.

La mère transmet la syphilis à son enfant, soit au moment de la conception, soit pendant le cours de la gestation.

Dans le premier cas, l'infection est certaine. La vérole étant une maladie générale, *totius substantiæ*, l'ovule lui-même y participe, et, lorsqu'il est appelé par la conception à une vie individuelle, son organisation commence sous l'influence du désaccord syphilitique. A mesure que l'enfant se développe, il reçoit des éléments organiques syphilisés; créé pendant l'existence de la diathèse, c'est sous sa puissance qu'il se développe physiquement.

Si la mère contracte la maladie après la conception, l'enfant y échappe quelquefois. Il est d'observation que le mal se communique moins sûrement, quand la grossesse est à son début, que si elle est arrivée à sa période moyenne.

Si le père et la mère sont syphilitiques, l'enfant hérite à coup sûr de leur maladie, et ses souffrances sont d'autant plus redoutables qu'il en a puisé la cause à une double source.

Le médecin se trouve donc autorisé, et par la transmission possible de la syphilis secondaire par le contact, et par la communication assurée de cette maladie

par voie de génération, à défendre tout rapport sexuel entre un sujet syphilitique et un sujet sain, et plus encore entre deux sujets vérolés. Ce qu'il doit faire comprendre à l'homme syphilisé, c'est qu'en suivant ses désirs, en s'abandonnant à ses passions, il compromet la santé de la femme qui lui accorde ses faveurs, qu'il voue ses enfants à une mort prochaine ou à des souffrances sans fin. Ce qu'il doit apprendre à la femme vérolée, c'est qu'elle expose la santé de l'homme, et plus encore celle de l'enfant qu'elle peut concevoir; qu'ainsi la continence est une conséquence nécessaire de l'état de maladie dans lequel elle se trouve.

Cette conduite doit être observée aussi longtemps qu'existe la diathèse; d'où la nécessité pour le médecin de chercher à en abréger la durée, de faire appel à toutes les ressources de son art, à toutes les richesses de la thérapeutique. Mais tant que la syphilis existe, ou d'une manière évidente, ou à l'état latent, il ne lui est pas permis de fléchir; c'est pour lui un devoir de maintenir sa proscription; car si l'homme et la femme peuvent échapper aux conséquences d'une semblable action, l'enfant ne jouit pas du même privilége. C'est ici surtout que malades et médecins doivent se rappeler que les virus chroniques sont « le lien de solidarité « matérielle et physiologique que la Providence a établi « entre tous les membres de l'espèce humaine; que « c'est par ce lien que les générations se touchent les « unes les autres physiquement, et qu'elles sont res- « ponsables les unes des autres, de même que, sous le « rapport moral et politique, les pères répondent du

« bonheur de leurs enfants, et par l'éducation qu'ils « leur donnent, et par les institutions qu'ils leur lè- « guent (1). »

§ III.

SYPHILIS CONGÉNIALE.

Il ne suffit pas de savoir que la syphilis peut se transmettre par voie d'hérédité ; il faut connaître aussi les effets qu'elle produit, les dangers qu'elle fait courir.

Ces effets sont nombreux ; ils se rapprochent beaucoup par leurs formes des symptômes de la syphilis secondaire des adultes. La peau et les membranes muqueuses sont le siége le plus ordinaire de ses localisations. La roséole, l'ecthyma, et, selon M. P. Dubois, le pemphigus, sont les dermatoses les plus communes alors, au moins le sont-elles bien davantage que les éruptions sèches, ce qu'explique la finesse et l'humidité habituelle de la peau des nouveau-nés. Pour ce motif aussi, les plaques muqueuses se rencontrent fréquemment ; on les observe à la gorge, à l'anus, à la vulve. Les ulcères secondaires, le coryza et l'onyxis font également partie du tableau de la syphilis congéniale.

Celle-ci offre, comme on le voit, beaucoup d'analogie avec la syphilis acquise des adultes, lorsque cette der-

(1) Voyez *Leçons de médecine homœopathique*, par le docteur Léon Simon, père. Paris, 1835, p. 305.

nière a franchi sa première période. La seule différence symptomatologique consiste en ceci, que les viscères sont bien plus fréquemment envahis chez l'enfant que chez l'homme fait. Les poumons, le foie et le thymus sont atteints de préférence ; ces organes paraissent tous subir une altération identique, l'induration, au centre de laquelle il se fait plus tard des points de ramollissement, ce qui a porté les auteurs à comparer les affections des parenchymes aux tumeurs gommeuses et au sarcocèle syphilitique.

En revanche, il est très-rare de rencontrer dans les premiers mois de la vie les altérations syphilitiques du système osseux. M. Diday explique cette différence par la lenteur avec laquelle la vérole altère les os. Selon lui, il arrive le plus souvent que la syphilis congéniale cause la mort de l'enfant avant que la périostose ou l'exostose aient eu le temps de se produire ; et si le malade échappe à la mort, le traitement spécifique qu'on ne manque pas d'instituer, s'oppose aux envahissements de la maladie ou renvoie l'apparition de ces symptômes à un âge plus avancé.

Lorsque la syphilis congéniale revêt une des formes précédentes, elle est facile à reconnaître ; mais il lui arriverait aussi, selon M. Ricord, de se dissimuler parfois sous les apparences de la scrofule. Ceci aurait lieu lorsque les parents étaient porteurs de symptômes de l'ordre tertiaire.

Il n'y a qu'une objection à faire à cette opinion ; c'est que l'on trouve bien souvent des enfants scrofuleux dans des familles où la vérole n'a jamais existé ;

qu'il serait même juste de dire qu'il n'y a aucune proportion à établir entre le nombre de ces malades et celui des sujets porteurs de symptômes tertiaires ; qu'ainsi l'observation indique de trop fréquentes exceptions à cette loi pour qu'il soit possible de l'admettre.

Il y a plus : d'après les observations de M. Diday, auxquelles il faut joindre celles de MM. Maisonneuve et Montanier, cette scrofule syphilitique présenterait des caractères spéciaux, capables de faire reconnaître sa véritable nature. Il y aurait dans ses symptômes un mélange de signes appartenant à la scrofule et d'autres propres à la syphilis. Or, cette complexité dans les effets doit faire croire à la multiplicité des causes ; elle montre que cette syphilis larvée des enfants, comme celle des adultes, tient à la réunion de plusieurs virus, à la coexistence, chez les engendreurs, de plusieurs diathèses, en un mot à une complication.

Lorsque la syphilis congéniale est bien caractérisée, elle affecte une marche rapide, mais régulière. Tantôt elle existe d'une manière apparente au moment de la naissance, tantôt, ce cas est le plus commun, l'enfant paraît sain au moment où il vient au monde, et c'est dans le cours du premier mois que les symptômes de la maladie commencent à se montrer. La diathèse éclate parfois à une époque plus reculée encore, mais qui dépasse rarement la fin du troisième mois de la vie extra-utérine.

L'ordre du développement symptomatologique est le même chez l'enfant et chez l'adulte avec l'exception

que j'ai indiquée. Les affections de la peau et des muqueuses sont les plus précoces ; après elles, et souvent aussi à la même époque, les altérations viscérales apparaissent, et la mort arrive comme conséquence de l'état d'affaiblissement général du nouveau-né et des lésions organiques dont le thymus, le foie ou les poumons sont alors le siége.

Si la vie se prolonge, la maladie continue ses envahissements ; les os s'altèrent, des ulcères, suites de tumeurs gommeuses, se développent, et la suppuration devient une nouvelle cause d'épuisement.

Le diagnostic de la syphilis congéniale est facile lorsqu'elle n'existe pas comme syphilis larvée. L'aspect général de l'enfant qui ressemble à un petit vieillard, dont les membres sont grêles, la peau jaune et flasque, le visage ridé avant le temps, les cheveux rares ; les caractères des formes morbides dont les muqueuses ou la peau deviennent le siége ; la santé actuelle et antérieure des parents, sont autant de circonstances capables de fixer l'opinion du médecin.

S'il s'agit de scrofule syphilitique, il devient plus difficile d'arriver à une certitude. C'est dans ce cas surtout qu'il est essentiel de scruter la santé des engendreurs, et si l'on rencontre chez l'un d'eux des signes de l'existence antérieure d'un chancre, si, de plus, les symptômes primitifs et consécutifs prouvent que ce chancre était induré, on peut prononcer hardiment que le virus syphilitique joue un rôle certain dans le développement de la maladie de l'enfant. L'individualisation pa-

thologique sera également ici d'un grand secours, en nous faisant connaître les variétés que présente l'état du malade et les différences qui le séparent de la scrofule elle-même.

Le pronostic de la syphilis héréditaire est grave pour l'enfant, pour sa mère, pour ceux qui l'approchent. Pour l'enfant d'abord dont la vie est menacée aussi bien pendant la grossesse qu'après sa naissance. Le virus syphilitique est, en effet, une cause fréquente d'avortement, soit par l'irritabilité plus grande qu'il donne à l'utérus, soit par l'obstacle qu'il apporte au développement du fœtus. Celui-ci succombe bien souvent pendant la gestation même, et se trouve expulsé parce qu'il a cessé de vivre.

L'enfant arrive-t-il à terme, il rencontre un nouvel obstacle dans l'impression souvent trop forte que lui cause le milieu dans lequel il est appelé à vivre. Sa faiblesse d'une part, la maladie de l'autre, amènent, dans ce cas, une mort prématurée.

Aussi n'existe-t-il aucune maladie chronique plus redoutable pour un nouveau-né. Si elle ne le tue pas au moment de sa naissance, elle le voue à une série non interrompue de douleurs, dont la mort est encore le terme presque inévitable. C'est le plus souvent en vain que l'art lutte contre un ennemi aussi terrible. Si l'enfant résiste à de si cruelles atteintes, c'est toujours pour souffrir des conséquences d'une faute dont il est solidaire, sans en être coupable.

Mais là ne se bornent pas les dangers de la syphilis congéniale, qu'il faut redouter non-seulement pour

l'enfant, mais encore pour sa mère, pour sa nourrice, pour tous ceux, en un mot, qui auront à lui donner des soins.

On sait déjà comment le fœtus syphilisé peut infecter sa mère pendant la durée de la vie intra-utérine. Si cet effet ne se produit pas alors, que l'enfant naisse sain en apparence, et que les symptômes de la maladie n'éclatent que plusieurs jours ou plusieurs semaines après la naissance, un autre danger apparaît : rien n'est plus contagieux, en effet, que la syphilis congéniale.

Cette proposition si vivement contestée, a été mise hors de doute par les recherches de M. Diday (1). Ce médecin a établi, à l'aide d'observations nombreuses, que cette affection se transmettait très-aisément de l'enfant à la nourrice, puis de celle-ci à ses autres enfants, à son mari, à tous ceux, en un mot, qui pouvaient être souillés par le pus sécrété en pareil cas.

La vérole, en devenant héréditaire, recevrait donc une sorte de révivification, dont l'effet serait de la rendre aussi contagieuse que la syphilis primitive et plus facilement communicable encore par les circonstances particulières où les malades se trouvent placés.

Ici, en effet, l'altération organique débute le plus souvent par la bouche chez l'enfant, et par le mamelon chez la nourrice ; au moins, occupe-t-elle presque toujours une surface de rapport. Les sécrétions

(1) *Traité de la syphilis des nouveau-nés.*

qu'elle produit sont abondantes; enfin les soins qu'un nouveau-né exige, la confiance qu'il inspire, le peu de précaution qu'on observe habituellement vis-à-vis de lui, exposent davantage encore ceux qui l'approchent.

Ces circonstances particulières ne pourraient expliquer toutefois que la transmission directe de l'enfant à sa nourrice ou aux autres personnes, sans nous donner la raison de la facilité avec laquelle un sujet ainsi infecté par le contact communiquera, à son tour, sa maladie.

Pour qu'il en soit ainsi avec la syphilis héréditaire, lorsque la syphilis secondaire acquise est si difficilement transmissible d'un sujet malade à un sujet sain, il faut que le virus retrouve une nouvelle activité en passant des parents à l'enfant, ce qu'expliquerait peut-être l'espèce d'infection moléculaire éprouvée par le fœtus au moment de la conception et durant son développement intra-utérin.

Cette différence entre la syphilis acquise et la syphilis congéniale se retrouve chez l'enfant lui-même. Lui aussi peut être infecté après sa naissance ou au moment de l'accouchement, lorsque la mère est porteur de chancres primitifs. Dans ce cas, c'est aussi par un chancre que la maladie débute; et comme elle suit sa marche ordinaire, il arrive un moment où elle se traduit par des symptômes secondaires, semblables par leur forme à ceux de la syphilis héréditaire, mais bien moins contagieux que ces derniers. M. Diday a donc eu raison d'insister sur ce pouvoir excep-

tionnel que possède la syphilis des nouveau-nés, lorsqu'elle leur vient par droit d'héritage et non pas par l'effet d'une contagion postérieure à la naissance.

Chose remarquable ! tandis que l'enfant est ainsi un sujet de craintes sérieuses pour ceux qui le touchent, il ne fait courir à sa mère aucun danger, lorsque c'est d'elle qu'il tient la maladie, ou, lorsque, après l'avoir reçue de son père, il la lui a communiquée pendant la gestation.

Il y a dans ce fait un enseignement pratique et une notion spéculative dont la théorie doit profiter.

Pratiquement, il semblerait naturel de confier, dans ce cas, l'allaitement à la mère elle-même; personne n'ayant le droit d'exposer une nourrice à une contagion aussi certaine et aussi redoutable. Il y aurait cependant dans cette conduite un trop grand danger pour l'enfant, qui se trouverait soumis de nouveau à une infection permanente. Du moment, en effet, où il est reconnu qu'une femme scrofuleuse ou herpétique ne peut sans inconvénient servir de nourrice, il serait vraiment téméraire de faire une exception en faveur de la femme syphilisée. Évidemment, il n'y a qu'une manière d'élever un semblable enfant ; c'est l'allaitement artificiel.

Théoriquement, ce fait montre combien il serait téméraire d'assimiler, sous le rapport de la contagion, les effets déployés par le virus syphilitique, agissant sur un sujet sain, à ceux qu'il produira sur un sujet infecté; combien il serait téméraire d'admettre que ce

virus, par cela même qu'il resterait sans effet chez le premier, ne pourrait être redoutable pour le second. Et cependant, c'est toujours ainsi qu'on a raisonné lorsqu'on a voulu établir que la syphilis constitutionnelle acquise n'était point contagieuse !

Je dois ajouter maintenant que l'hérédité n'est pas la seule voie par laquelle un enfant puisse devenir syphilitique. On sait déjà qu'il est apte à contracter le chancre, par le contact, plus facilement peut-être que l'adulte, la finesse et la perméabilité de la peau, à cet âge, étant très-favorables à l'absorption. De là vient, qu'on a rencontré souvent des enfants qui avaient reçu la syphilis de leurs nourrices ou de personnes étrangères, lesquelles, atteintes d'accidents primitifs, souillaient par hasard la peau du nouveau-né; de là vient aussi qu'il arrive parfois que l'infection a lieu au moment de l'accouchement, lorsque la mère elle-même est porteur d'accidents primitifs, par exemple, de chancres de la vulve ou du vagin. Dans ce cas, la maladie se présentera sous ses formes habituelles. D'abord, le chancre et l'engorgement ganglionnaire ; ensuite les symptômes secondaires ; enfin, les accidents tertiaires. La seule différence se trouvera dans la rapidité avec laquelle ces transformations successives apparaîtront, dans l'extension que prendra la diathèse, dans la tendance qu'elle affectera à revêtir ses formes les plus redoutables.

Mais il y a deux autres voies par lesquelles l'enfant, né sans syphilis, peut recevoir l'infection : je veux dire, l'allaitement et la vaccine.

Personne ne soutiendra, à coup sûr, qu'il soit indifférent de confier la nourriture d'un nouveau-né à une femme atteinte de la vérole, alors même que cette affection se manifeste chez elle par des lésions organiques sans sécrétion, alors par conséquent que la transmission par le contact ne peut être admise. Ce qu'il faut redouter dans ce cas, c'est l'influence du lait sécrété sous l'influence de la diathèse, et auquel l'enfant doit emprunter tous ses matériaux organiques. Il est évident que l'action de la nourrice sur le nouveau-né est en tout semblable à celle de la mère sur l'embryon; qu'elle est donc tout aussi redoutable. M. Diday donnerait au besoin une autorité réelle à cette opinion, en admettant la transmission de la possibilité de la vérole par l'allaitement (1).

De trop nombreux exemples sont venus prouver que la vaccination est un moyen sûr de communiquer les affections virulentes, les dartres et les scrofules, par exemple, pour qu'on ne soit pas autorisé à lui accorder la faculté de transmettre aussi la syphilis. Le vaccin, du reste, est un agent dont l'action est essentiellement chronique, et qui peut parfaitement s'allier avec les autres virus, avec celui de la syphilis en particulier. Il faut donc être très-scrupuleux sur le choix de l'enfant auquel on empruntera le vaccin; et s'il est démontré, comme on le croit généralement, que les animaux sont à l'abri de la vérole, on trouvera dans ce fait une raison suffisante d'adopter ce que le docteur James appelait la vaccination naturelle, c'est-

(1) *Loc. cit.*, p. 61.

à-dire d'emprunter directement à la vache l'agent préservateur de la variole.

L'enfant est donc exposé à contracter la syphilis dans des conditions bien diverses, qu'il appartient au médecin d'apprécier. C'est à lui surtout, que revient la mission de mettre le nouvel être à l'abri des dangers qui le menacent ; tâche quelquefois difficile, mais à laquelle il doit consacrer tous ses soins.

En résumé, on a confondu jusqu'ici, sous le titre de syphilis chancreuse, deux affections différentes : l'une débutant par le chancre mou, l'autre par le chancre induré.

La première est une affection essentiellement contagieuse et virulente, dont la forme première est bien connue, dont les symptômes consécutifs sont encore mal appréciés.

La seconde s'est montrée toujours comme une affection générale, de son début à sa terminaison, aussi comme une maladie spécifique.

Sa marche est régulière, constamment envahissante, mais non pas continue ; car, elle offre de nombreux intervalles de repos, pendant lesquels la maladie est dite *à l'état latent.*

Abandonnée à elle-même, cette diathèse ne guérit pas, mais se transforme.

Elle ne revient jamais en arrière, alors même qu'une seconde infection est contractée.

A sa première période, cette maladie est essentiellement contagieuse et inoculable ; elle paraît aussi posséder parfois cette double propriété, quand elle est

arrivée à l'état secondaire. Cette faculté toutefois paraît être très-amoindrie ; mais si la vérole se transmet moins sûrement de l'homme à la femme, elle passe très-aisément alors des parents à l'enfant ; elle devient essentiellement héréditaire.

L'enfant, du reste, n'est point exempt de syphilis primitive ; il peut être infecté aussi par le lait de sa nourrice et par l'inoculation vaccinale.

Le virus syphilitique a la faculté de se compliquer avec les autres virus qu'il rencontre dans l'économie, pourvu que ceux-ci soient en pleine activité.

Le seul moyen de connaître tous ses effets est l'individualisation pathologique, telle que Hahnemann l'a enseignée.

Le seul traitement curatif est celui qui se compose d'agents internes et spécifiques, les applications locales et les médications indirectes ne pouvant rien pour guérir une diathèse.

CHAPITRE III.

De la Blennorrhagie.

Il y a trois questions à examiner au sujet de la blennorrhagie :

1° Faut-il la considérer comme une maladie à part, ou seulement comme un symptôme appartenant à des états divers ?

2° Dans le cas où elle constituerait une maladie distincte, faut-il la regarder comme produite par un virus?

3° Quels seraient alors les effets de ce dernier, et les dangers qu'il a puissance de faire naître ?

§ I.

EXISTE-T-IL UNE MALADIE A LAQUELLE IL FAILLE RÉSERVER LE NOM DE BLENNORRHAGIE ?

Les auteurs ont répondu d'une manière différente à cette première question.

Lorsque Hunter définissait la gonorrhée « la sup-« puration vénérienne du canal de l'utrètre, » lui accordant ainsi la même nature qu'au chancre, il en faisait un symptôme, et non pas une maladie. Lorsque

M. Ricord, en considérant la blennorrhagie comme une affection locale, dont l'issue ne doit laisser aucun souci, soutient « qu'elle se produit souvent sous l'in-« fluence des causes qui peuvent déterminer l'inflam-« mation des autres muqueuses (1), » il aboutit au même résultat; car tout en elle devient variable, aussi bien sa forme que sa nature.

Hecker et Swédiaur faisaient, au contraire, de cette affection une maladie complète. Seulement, comme ils ne distinguaient pas suffisamment entre les maladies et les symptômes, ils se trouvaient obligés de distinguer autant d'espèces de blennorrhagie qu'ils rencontraient d'écoulements différents. Pour Hecker, le nombre de ces variétés s'élevait à quinze ; il était de sept pour Swédiaur. Ce dernier, plus rigoureux que ses devanciers dans le choix de ses expressions, traitait *des blennorrhagies* et non *de la blennorrhagie*.

On a voulu de nos jours simplifier cette classification, et l'on n'a plus reconnu que deux espèces de gonorrhées, celle qui est syphilitique, et celle qui ne l'est pas (2) ; mais, dans ce cas encore, on est forcé d'admettre que l'écoulement relevant de causes distinctes, présentant des différences nombreuses, n'est, en définitive, qu'une portion d'un état beaucoup plus général.

On ne gagne donc rien à rejeter les divisions précédentes. Je dirai même qu'on y perd beaucoup ; car, en réunissant sous une même dénomination, dans une

(1) *Lettres*, p. 19.

(2) Monneret et Fleury, *Compendium*, art. *Blennorrhagie*.

même unité, des états morbides aussi divers que ceux qui étaient désignés sous les noms de blennorrhagie herpétique, goutteuse, rhumatismale, *a stimulo mechanico*, etc., on est forcé de leur appliquer les mêmes principes, les mêmes raisonnements, et on aboutit de la sorte à des discussions sans fin, et à des traitements sans objet.

Ceux pour lesquels la blennorrhagie est de nature syphilitique, rappellent les cas où l'écoulement urétral est suivi de vérole constitutionnelle, et ils ont raison de le faire. Ceux qui la considèrent comme une maladie locale, invoquent, au contraire, des faits dans lesquels un stimulus mécanique ou physiologique, des hémorrhoïdes, des vers intestinaux, ont été la cause de l'écoulement. Chacun appliquant alors, à ce qu'il nomme la *gonorrhée*, ce qui est vrai seulement d'une de ses espèces, élève un édifice différent de celui qu'avait bâti son prédécesseur, mais tout aussi peu durable. Telle est l'histoire des disputes dont la blennorrhagie est encore l'objet, le motif des incertitudes qui règnent encore au sujet de cette affection.

Hahnemann avait individualisé davantage, et il était arrivé également à considérer la blennorrhagie comme un symptôme et non comme une maladie. Tantôt il la regarde comme un des effets du virus sycosique ; tantôt comme étant le résultat d'un autre miasme, sur la nature duquel il ne s'explique pas, et qui aurait pour effet unique d'irriter localement les organes urinaires (1) ; comme s'il n'y avait pas antagonisme absolu

(1) *Doct. des malad. chron.*, p. 133, note.

entre la virulence et la nature locale d'une maladie !

On pensera peut-être que le fondateur de l'homœopathie n'avait point à insister sur le sujet qui nous occupe, celui-ci devant avoir à ses yeux un intérêt secondaire, du moment où il déclarait que la thérapeutique, pour être précise, devait être basée sur la connaissance des symptômes, et non sur celle de la nature intime d'une maladie. D'après cette opinion, il devait peu lui importer de savoir si la blennorrhagie était ou non syphilitique, si elle relevait de quinze causes différentes ou seulement de sept, l'ensemble des caractères de cette affection pouvant toujours être reconnu, quel que fût le virus qui lui avait donné naissance.

Mais Hahnemann ne traitait pas si légèrement de semblables problèmes. Il savait que le médecin ne peut rester indifférent aux questions qui s'agitent et aux solutions qu'elles reçoivent; que tout ne se borne pas pour lui à choisir un médicament, qu'il lui faut encore en diriger l'administration, et que celle-ci ne peut être la même si la blennorrhagie est une maladie locale ou si elle constitue une diathèse. Il savait encore que le pronostic n'est plus aussi assuré, lorsqu'il doit porter sur une affection dépendant de causes diverses, ou sur une maladie appartenant à un agent unique, parfaitement déterminé. Aussi avait-il abordé et résolu toutes ces difficultés pour ce qui regarde la psore, la syphilis et la sycose ; je dois dire qu'il n'a pas été aussi explicite pour la blennorrhagie. Tout ce qu'il est possible d'induire des quelques indications contenues, au sujet de cette affection, dans le *Traité des maladies chro-*

niques, c'est que les écoulements du canal de l'urètre peuvent appartenir à chacune des grandes diathèses admises par Hahnemann ; qu'il faut, en conséquence, leur donner la valeur d'un symptôme, et rien de plus.

Il résulte de tous les détails précédents que les auteurs ont confondu, sous le nom de *gonorrhée* ou de *blennorrhagie,* des affections très-analogues par leur forme, mais relevant de causes différentes, appartenant par conséquent à des états morbides plus étendus, dont ils constituent seulement une expression importante, mais passagère.

Cette opinion est trop conforme aux données de l'observation pour être contestée. Il est bien vrai que tous les écoulements du canal de l'urètre ne se ressemblent pas; qu'on doit en conséquence établir parmi eux des distinctions profondes.

Mais ce qui n'est pas moins exact, c'est que, parmi les variétés qu'on observe, il en est une qui offre des caractères constants, constitue une sorte de type, qu'on ne peut confondre avec les autres hypersécrétions des membranes muqueuses.

Cette blennorrhagie paraît de deux à cinq jours après le coït, se montre tout d'abord sous la forme d'un écoulement composé de mucus et de pus, accompagné de vives douleurs, qui se font sentir surtout en urinant, et, chez l'homme, pendant les érections.

Elle peut atteindre le même sujet à plusieurs reprises. Dans ce cas, elle cause plus de douleur la première fois que les suivantes.

Le muco-pus qui s'écoule de l'urètre ou du vagin

n'est point inoculable avec la lancette ; mais il est essentiellement contagieux. Son pouvoir, sous ce rapport, paraît varier en raison de sa composition; il n'est jamais plus intense qu'au moment où l'élément pus domine l'élément mucus (1).

Si l'on peut examiner la femme par laquelle cette affection a été transmise, on la trouve atteinte d'une maladie entièrement semblable à celle qu'elle a communiquée.

Cette affection n'a point d'organe qui lui appartienne. Elle se développe dès qu'il y a eu « application « de la matière morbifique sur une surface sans épi- « derme ;..... l'écoulement est le même à l'anus, à « l'intérieur de la bouche et du nez, aux yeux, et « dans les oreilles (2). »

Il y a évidemment dans cette fixité des caractères appartenant à cette maladie, dans cette espèce de généralité qui lui permet de se reproduire sur toutes les régions où l'agent infectieux est déposé, une preuve certaine de sa spécificité et de l'impuissance où se trouvent les causes ordinaires d'irritation, lorsqu'il s'agit de la produire.

Si j'ajoute que cet écoulement est suivi de symptômes consécutifs particuliers, on jugera facilement qu'il est le premier terme d'une maladie, au même titre que le chancre est le point de départ de la syphilis.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la blennor-

(1) Diday.

(2) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, trad. de Richelot, p. 57.

rhagie dont je parle n'a rien de commun avec cette dernière diathèse, et que c'est à tort que Swédiaur lui donna l'épithète de syphilitique.

Jamais, en effet, le pus gonorrhéique n'a produit de chancre; jamais le chancre n'a engendré la gonorrhée. Les nombreuses expériences de M. Ricord, celles de Hernandez, de MM. Tongue et Rowan (de Philadelphie), les essais plus récents de M. Baumès, ont mis ce fait hors de doute.

Si souvent que ces expériences aient été répétées, leur résultat a toujours été le même. Il existe donc entre ces deux affections quelque chose de plus qu'une différence de siége et de forme symptomatologique; il existe une différence de nature, en vertu de laquelle le chancre donne toujours naissance à un chancre, et la blennorrhagie produit toujours une blennorrhagie.

Pour arriver à ce résultat, il a suffi de déposer sur la muqueuse elle-même le muco-pus urétral. Lorsqu'on a fait une inoculation, l'effet n'a plus été le même; le pus du chancre a donné lieu à un ulcère, et celui de la blennorrhagie n'a rien produit. Ce dernier fait dépose encore en faveur de la distinction à établir entre ces deux affections.

L'anatomie pathologique viendrait, au besoin, confirmer l'opinion dont je parle. Morgagni, ayant eu l'occasion d'ouvrir plusieurs cadavres de sujets atteints de gonorrhée (1), trouva la muqueuse de l'urètre seulement un peu plus rouge et un peu plus humide qu'à

(1) *De sedib. et causis morb.*, lettre XLIV.

l'ordinaire ; Hunter (1), ayant fait l'autopsie de deux suppliciés affectés de blennorrhagie virulente, ne trouva pas non plus d'ulcères dans le canal de l'urètre.

Ce n'est pas cependant que les membranes muqueuses ne soient point susceptibles d'ulcération : le chancre primitif y a été trop souvent reconnu pour que le moindre doute s'élève à cet égard. On l'a constaté dans le rectum, dans la bouche, sur les paupières, et M. Ricord en a rencontré des exemples dans le canal de l'urètre et jusque sur le col de la vessie. Si donc le muco-pus blennorrhagique ne le produit pas, cela ne tient point, comme le croyait Hunter, à la résistance que les membranes sécrétantes offriraient sous le rapport de l'ulcération, mais bien à l'impuissance même du muco-pus pour produire un semblable travail pathologique.

La thérapeutique confirme les données précédentes. Dans l'école officielle, personne n'emploie plus le mercure pour le traitement de la gonorrhée. Sydenham combattait cette affection par les purgatifs, et réservait le mercure pour le chancre. Aux purgatifs de Sydenham, Astruc et Swédiaur ajoutèrent l'emploi des balsamiques ; et, de nos jours, la différence du traitement opposé à ces deux maladies est aussi profonde que l'est la différence des causes qui les engendrent. Ceux-là même qui soutiennent avec le plus d'énergie, l'identité de nature de la gonorrhée et du chancre, réservent le copahu et le cubèbe pour la pre-

(1) *Loc. cit.*, p. 192.

mière, tandis qu'ils donnent le mercure pour le second (1).

La même différence existe en homœopathie. Pendant que le *mercure*, le *lachesis*, l'*or*, l'*acide nitrique*, etc., sont les médicaments les plus utiles quand il s'agit de la syphilis; le *cannabis*, le *natrum muriaticum*, le *sulphur*, etc., doivent être préférés pour la gonorrhée.

Tout dépose donc en faveur de la distinction qu'il convient d'établir entre la syphilis et la blennorrhagie; tout nous oblige à refuser à cette dernière le caractère que Hunter lui attribuait.

Il résulte des détails précédents que, parmi les écoulements divers des organes génitaux de l'homme et de la femme, il en est un qui se présente avec des caractères constants, relève d'une cause spéciale, différente du virus syphilitique, et qu'il faut considérer, en conséquence, comme la forme primitive d'une maladie distincte de la syphilis elle-même.

Cette maladie ne peut plus offrir alors de doute que sur un point: ou elle relève d'un virus spécial, ou elle n'est qu'une irritation locale sans gravité. Ces deux opinions ayant été soutenues, il faut choisir entre elles. L'observation, aidée de l'expérience, permet de le faire avec certitude.

(1) Vidal de Cassis, *Traité des malad. vénér.*, p. 88.

§ II.

LA BLENNORRHAGIE TYPE EST-ELLE UNE MALADIE VIRULENTE ?

De nombreuses raisons permettent de l'affirmer.

Cette maladie présente, en effet, des caractères que nous avons reconnus appartenir à la syphilis, ce type des maladies virulentes. 1° Originairement, elle se communique par voie de contact d'un individu malade à un individu sain ; 2° elle paraît seulement après une période d'incubation ; 3° abandonnée à elle-même, ou combattue par un traitement intempestif, elle tend à revêtir des formes toujours nouvelles et toujours plus graves : sa marche est constamment envahissante ; 4° lorsqu'elle a abandonné son état primitif pour revêtir ses formes secondaires, elle perd la propriété de se transmettre par le contact, mais acquiert le privilége de se transmettre par voie d'hérédité (1).

Personne assurément ne mettra en doute le premier de ces caractères. N'est-ce pas presque toujours à la suite du coït, pratiqué avec une femme ayant un écoulement, que l'homme voit apparaître la blennorrhagie urétrale? Et, lorsqu'il s'agit d'une contagion accidentelle, ne voit-on pas toujours le muco-pus engendrer une sécrétion semblable à lui-même ? Ce résultat n'est-il pas fatalement produit lorsque ce liquide a été dé-

(1) *Voyez*, sur ce sujet, Léon Simon père, *Mémoire sur la blennorrhagie*, *Annales de la médecine homœopathique*, t. I, p. 101 et pass.

posé sur la conjonctive, sur la pituitaire, dans le conduit auditif, sur le rectum, etc.?

L'exemple du sodomite observé par M. Baumès (1) pourrait au besoin être invoqué ici; car, chez lui, l'aspect de l'écoulement de l'intestin fit présumer une blennorrhagie, tandis qu'un examen direct permettait de constater un écoulement urétral caractéristique chez l'homme par lequel cette affection avait été communiquée. Enfin, lorsque des médecins introduisirent du muco-pus dans le canal de l'urètre, ainsi que l'a fait M. Baumès, et beaucoup d'autres avant lui, le résultat de cette opération n'a-t-il pas toujours été de donner lieu à un écoulement blennorrhagique?

Le caractère contagieux de la blennorrhagie est donc incontestable. J'ajouterai que cette maladie ne se développe jamais aussitôt après le contact, mais toujours à la suite d'une *période d'incubation*. Si l'on interroge le malade, selon le conseil de M. Diday, il avouera qu'il « avait vu une femme de deux à cinq « jours avant le début du mal (2). » Si l'on interroge ensuite l'expérience, on trouve dans les deux obser-

(1) Voyez *loc. cit.*, p. 202. Cette observation a rapport à deux hommes qui entrèrent à l'hôpital de l'Antiquaille pour être traités de la gale. Au bout de quelques jours, l'un d'eux se plaignit d'un écoulement qui avait lieu par le rectum. La nature des taches laissées sur le linge fit croire à une blennorrhagie; en même temps, la disposition de cette partie de l'intestin et les aveux du malade prouvèrent ses habitudes sodomiques. Son camarade, examiné au même moment, présenta une blennorrhagie qu'il avait contractée avec une fille publique quelques jours auparavant.

(2) *Loc. cit.*, p. 52.

vations de M. Baumès, par exemple, que l'écoulement a paru, chez le premier malade, cinq jours après que le muco-pus avait été introduit dans l'urètre, et, chez le second, vers le septième jour seulement. On est vraiment surpris, en présence de faits aussi communs et aussi précis, d'entendre M. Ricord nier la période d'incubation de la gonorrhée, et soutenir que « les « effets de la blennorrhagie peuvent être séparés de « la cause qui la produit, mais que rien ne prouve que « le temps qui s'écoule entre l'action de la cause et l'ap- « parition des phénomènes morbides soit le résultat « d'une véritable incubation virulente (1); » ce qui conduit cet auteur à comparer sous ce rapport la gonorrhée au coryza, et à repousser l'incubation, aussi bien pour la première de ces maladies que pour la seconde.

Or, cette comparaison est absolument inexacte, et nous sommes en droit de la repousser, par cela seul qu'elle a été établie entre deux termes d'ordre différent. Il ne faut pas oublier, en effet, que si la blennorrhagie est contagieuse, le coryza ne l'est pas; ce qui constitue pour ces deux affections une dissemblance tellement profonde qu'on ne saurait les mettre sur la même ligne, et conclure de ce qui arrive à l'une à ce qui doit se rencontrer pour l'autre. Tout le monde convient que les maladies contagieuses, seules, présentent une période d'incubation; il n'est donc pas surprenant que le coryza en soit dépourvu, tandis que la blennorrhagie en a une parfaitement incontestable.

(1) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 4e lettre.

De plus, lorsque l'écoulement disparaît, en dehors de tout traitement spécifique, d'autres symptômes le remplacent. Ceci est tellement vrai, que M. Ricord lui-même est obligé d'indiquer, après Astruc, Hunter, Swédiaur, etc., les *conséquences de la blennorrhagie* (1), parmi lesquelles tous ces auteurs placent le rétrécissement de l'urètre, l'engorgement de la prostate, l'épididymite chronique, l'ophthalmie, et une espèce particulière de rhumatisme. M. Baumès va même plus loin encore, en accordant au virus gonorrhéique le pouvoir d'engendrer des dermatoses. Mais sans entrer sur le domaine des faits contestés, on trouve dans les affections que j'ai nommées tout à l'heure un motif suffisant de reconnaître que la blennorrhagie type n'est point une affection limitée à sa période contagieuse, celle-ci étant suivie le plus souvent de symptômes constitutionnels parfaitement caractérisés.

Enfin, plusieurs auteurs ont parlé avec raison de sa transmission héréditaire. M. Baumès, entre autres, a prouvé par des observations irrécusables que des malades atteints de blennorrhagie passée à l'état chronique, avaient engendré des enfants scrofuleux.

La maladie qui nous occupe est donc contagieuse dans sa forme primitive, capable de donner naissance à des accidents consécutifs, qui ne sont plus habituellement contagieux, mais deviennent héréditaires : n'est-ce pas assez pour conclure qu'elle est virulente ? Enfin, la différence qui la sépare de la syphilis ne

(1) *Lettres*, p. 18.

prouve-t-elle pas aussi qu'elle a un principe *sui generis,* auquel on peut à juste titre donner le nom de *virus blennorrhagique?*

Cette conclusion, si conforme aux lois générales de la pathologie, est cependant repoussée par toute une école, et cela pour trois raisons :

1° Parce que la blennorrhagie n'est pas inoculable ;

2° Parce qu'elle peut être contractée pendant des rapports avec une femme saine, voire même en dehors du coït;

3° Parce qu'elle ne donne jamais lieu aux symptômes constitutionnels de la vérole.

La première et la troisième objection ne prouvent rien évidemment contre la thèse que je défends. Si la blennorrhagie n'est point inoculable avec la lancette, elle est au moins contagieuse; elle se transmet du sujet malade au sujet sain, aussi bien à la suite d'une application artificielle du muco-pus qu'après des rapports physiologiques; elle est donc inoculable à sa manière. Nous avons vu, du reste, que si la matière de l'écoulement urétral ne produisait jamais de chancre, cela tenait à ce qu'il existe une différence profonde entre elle et le pus sécrété par un ulcère primitif, sans rien prouver contre l'existence d'un virus spécial blennorrhagique.

Il serait étrange vraiment de vouloir imposer à tous les virus un même mode de transmission, et de nier leur existence, par cela seul qu'ils ne produisent rien quand on les insère sous l'épiderme.

Il ne serait pas plus exact de refuser à la blennorrhagie type le caractère virulent parce qu'elle ne donne jamais lieu aux symptômes caractéristiques de la vérole. Cette impuissance prouve, en effet, la spécificité de cette maladie, sans rien établir contre sa généralité. Or, s'il est vrai que cette affection primitive ne soit suivie ni de roséole, ni d'alopécie, ni d'exostose, elle n'en a pas moins des symptômes consécutifs bien caractérisés ; elle n'est donc pas limitée à l'organe primitivement envahi ; en un mot, elle n'est pas locale (1).

Enfin, on repousse sa virulence et sa spécificité, parce que, dit M. Ricord, il est possible de la contracter en cohabitant avec une femme saine.

C'est là, sans aucun doute, l'opinion de la plupart des malades. Quelle que soit la source à laquelle ils ont puisé leur écoulement, ils aiment à croire que cette source était pure de toute souillure ; mais le médecin ne doit pas partager cette illusion. Il est au contraire forcé de reconnaître la triste vérité, lorsqu'il lui est possible de soumettre la femme elle-même à un examen scrupuleux, et il doit convenir alors, avec M. Diday, que

(1) On chercherait en vain à soutenir cette dernière opinion par ce fait que la blennorrhagie s'étend souvent de proche en proche, et que ses effets consécutifs existent fréquemment sur les organes primitivement affectés. Il est vrai qu'après être née sur un point du canal de l'urètre, elle envahit aisément la prostate, les vaisseaux éjaculatoires, l'épididyme ; mais l'érésipèle s'étend aussi de proche en proche, et pourtant c'est une maladie générale ; l'inflammation fait de même, et personne ne songe à la considérer comme une affection purement locale.

cette femme était malade, et, avec M. Baumès, qu'elle était spécifiquement malade.

Lorsque, en effet, on se borne à consulter l'observation, on est conduit à repousser purement et simplement l'assertion de M. Ricord. Non, un homme sain, qui n'a jamais eu de blennorrhagie, chez lequel il n'existe aucun germe morbide, ne contracte pas une maladie de cet ordre en cohabitant avec une femme dont la santé est irréprochable.

Il peut se faire sans doute que les écoulements herpétiques, ceux auxquels Swédiaur donnait le nom d'*hémorrhoïdaux, a dentitione,* se produisent sans contagion, en dehors même de tout rapport sexuel, comme il arrive pour les enfants ; mais il y a loin de ces sortes de gonorrhées à une blennorrhagie type. Ainsi que l'observe M. Diday, il est bien rare qu'un médecin spécialiste ait à traiter des *sujets helminthiques ou en travail de première dentition ;* ceux qui viennent à lui sont des adultes qui avouent en général, sans grande peine, qu'ils ont puisé leur mal au milieu de rapports illicites. Si alors la femme peut être elle-même examinée, il est de fait qu'on la trouvera malade. Ainsi que M. Diday le reconnaît, *elle avait ou un écoulement ou ses règles* (1).

(1) On ne peut accepter sans discussion la dernière condition admise par M. Diday (*loc. cit.*, p. 52); car, on rencontre souvent des hommes pour lesquels l'existence des règles n'est pas un obstacle aux rapprochements intimes, et qui cependant ne contractent pas de blennorrhagie. On est bien, il est vrai, témoin de faits contradictoires. Souvent aussi des hommes voient apparaître à la suite de ces rapports des écoulements ; mais ces écoulements ne sont pas

Or, si cette femme avait un écoulement, elle n'était pas saine. La proposition de M. Ricord est donc dé-

des blennorrhagies. Ils ne sont point douloureux comme cette dernière, ils sont presque exclusivement muqueux, et des soins de propreté, joints à la continence, suffisent à les faire disparaître. Voilà ce qu'on observe quand un homme, qui n'a jamais eu de blennorrhagie, cohabite avec une femme saine, pendant la durée de ses époques.

Les choses se passent tout autrement si le malade avait eu une ou plusieurs blennorrhagies antérieures, surtout si ces dernières n'avaient pas été convenablement traitées et complétement guéries. Rien n'est plus propre, dans ce cas, à rappeler l'écoulement que le contact du sang menstruel. D'un autre côté, si la femme était blennorrhagique avant l'apparition de ses règles, elle n'a point cessé de l'être parce que celles-ci ont commencé à couler; elle peut donc devenir alors une cause d'infection d'autant plus redoutable qu'elle est dans cet état.

Le médecin doit donc toujours être en garde contre l'interprétation et les explications des malades. Il y a quatre ans, je fus consulté par un jeune ménage chez lequel avait apparu tout à coup une double blennorrhagie bien caractérisée. Cette affection étant venue à la suite des rapports accomplis pendant le cours de la dernière époque, celle-ci fut naturellement accusée. On convint cependant avoir tenu la même conduite depuis huit mois que durait le mariage, et, cela, sans inconvénient. Alors, pourquoi cette différence?

Cette étiologie était d'autant plus contestable, que si elle expliquait l'écoulement du mari, elle ne rendait pas compte de celui de la femme. Or, celui-ci s'accompagnait d'un vif sentiment d'ardeur, qui augmentait en urinant, de douleurs hypogastriques violentes. La muqueuse de l'entrée du vagin présentait un état granulé caractéristique, et la pression faisait sourdre du mucopus du canal de l'urètre. Il n'y avait donc pas de doute sur le diagnostic de cette affection. Restait alors à en découvrir l'origine; ce fut l'affaire d'un aveu du mari. Celui-ci convint s'être abandonné à des rapports extra-conjugaux avec une femme dont il ne pouvait répondre : son écoulement en avait été la conséquence. Pris au dépourvu, il n'avait pas voulu déserter le lit con-

truite par l'aveu échappé à son élève et à son ami.

Il y a plus : c'est que tous les écoulements vaginaux ne sont pas capables de donner une semblable maladie, pas plus que toutes les sécrétions cutano-préputiales ne sont aptes à faire naître, chez la femme, une blennorrhagie véritable (1).

On rencontre tous les jours des preuves de ces deux assertions. Ainsi que je l'ai rappelé plus haut, on voit, à chaque instant, des femmes atteintes de leucorrhée assez irritante pour rougir la vulve, excorier la face interne des cuisses, se livrer au coït sans rien communiquer à leurs maris ; on voit aussi des femmes atteintes d'ulcère cancéreux de la matrice présenter la même innocuité.

jugal, espérant n'avoir qu'un *échauffement*, et sa jeune femme se trouvait être victime de ce fatal moment d'oubli. Cette histoire n'est-elle pas celle de toutes les blennorrhagies qui apparaissent dans les ménages à la suite des époques ? *Ab uno disce omnes.*

(1) On répondra sans doute qu'il est impossible de distinguer, chez la femme, l'écoulement contagieux de celui qui ne l'est pas; qu'ainsi ce dernier n'a rien de spécifique. Il est vrai que les caractères objectifs laissent quelquefois le médecin dans le doute; pas absolument cependant. Mais quand il en serait ainsi, le caractère contagieux ne serait-il pas suffisant, à lui seul, pour fixer le diagnostic ? Est-il donc toujours facile de distinguer le pus du chancre de celui des ulcères non syphilitiques ? Et, lorsqu'on est dans le doute à cet égard, ne recommande-t-on pas l'inoculation comme le seul moyen infaillible pour arriver à une certitude ? Or, s'il suffit de constater que du pus est inoculable pour être en droit de déclarer qu'il provient d'un chancre, on sera également autorisé à soutenir qu'un écoulement vaginal, offrant tous les caractères du muco-pus, est de nature blennorrhagique, par cela seul qu'il aura communiqué un écoulement de cette nature. L'inoculation dans le premier cas, la contagion dans le second auront levé tous les doutes.

« Combien n'existe-t-il pas d'hommes, dit M. Bau-
« mès, dont la surface du gland est le siége d'un
« suintement muco-purulent plus ou moins âcre, sou-
« vent avec rougeur, inflammation, excoriation du
« gland lui-même... La matière de ces suintements a
« quelquefois une odeur infecte ; quelques individus,
« naturellement malpropres, ne l'enlèvent jamais, la
« laissent fermenter, se putréfier entre le gland et le
« prépuce, de manière que le gland, à découvert,
« seulement pendant l'acte du coït, apporte en contact
« avec les parties génitales de la femme, une matière
« certainement douée de qualités âcres, irritantes.
« Or, combien d'hommes présentant ces conditions,
« voient habituellement leurs femmes, sans jamais
« leur donner aucun mal, tandis qu'avec une simple
« blennorrhagie bâtarde, contractée à la suite du coït,
« avec une femme infectée elle-même de blennorrha-
« gie, lorsque les circonstances relatives à la rougeur,
« l'inflammation, l'excoriation du gland, sont moins
« intenses que dans le cas précédent, et lorsque la
« matière de l'écoulement n'offre pas, même en appa-
« rence, des qualités aussi irritantes, l'on voit cepen-
« dant la communication de la maladie blennorrha-
« gique s'opérer à peu près dans tous les cas, de
« l'homme à la femme, et de celle-ci à d'autres indi-
« vidus (1). »

M. Ricord, malgré tout, maintient sa proposition ; il l'appuie même sur une statistique bien arrêtée : « Les

(1) Baumès, *loc. cit.*, 1re partie, p. 205.

« femmes, dit-il, donnent souvent la blennorrhagie « sans l'avoir ; elles en donnent vingt pour une qu'on « leur rend (1). »

Cette preuve, il faut bien en convenir, n'est pas directe. Le chiffre invoqué dans cette circonstance ne montre qu'une chose, c'est que la maladie se transmet plus facilement de la femme à l'homme, que de l'homme à la femme ; mais elle ne prouve pas que, dans le premier cas, la femme ait été saine.

Il est certain, M. Ricord lui-même le reconnaîtra, que chaque fois qu'il est arrivé à la femme d'être infectée, l'homme auquel elle devait sa blennorrhagie, était lui-même malade ; qu'il y a eu, dans ce cas, transmission d'un individu malade à un individu sain, donc contagion.

Il est incontestable aussi, que si cette femme, ainsi infectée, a cohabité avec un homme non atteint de blennorrhagie, elle a pu lui communiquer cette affection.

Cette immunité de la femme est du reste bien illusoire. N'arrive-t-il pas trop souvent aux médecins d'être consultés pour des écoulements vaginaux survenus tout à coup chez de jeunes mariées, écoulements qui s'accompagnent de chaleur, d'ardeur en urinant ? D'où vient le mal ? la jeune femme ne peut le dire. Il semble qu'elle porte seulement la peine de quelques excès commis dans les premiers temps du mariage. Mais interrogez le mari, et s'il est de bonne

(1) *Lettres*, p. 18.

foi, il conviendra qu'au moment où il a eu ses premiers rapports conjugaux, il portait des traces d'une ancienne gonorrhée. Celle-ci était réduite à de bien faibles symptômes; à peine restait-il une petite goutte matinale, une légère chaleur en urinant; cet homme, en un mot, se croyait guéri. Malheureusement il était dans l'erreur; la maladie communiquée par lui à sa femme en est la preuve.

Le résultat est le même pour un ménage uni depuis longtemps. Si les lois de la morale y sont observées, les rapports sexuels sont inoffensifs; mais que l'un des deux époux, venant à faillir, contracte une blennorrhagie en dehors du lit conjugal, et il ne manquera de l'y rapporter. Dans ce cas, le danger est le même pour la femme et le mari, et il est certain que tout le monde s'entendrait pour défendre à l'un et à l'autre toute espèce de rapprochement.

Mais, dira-t-on, comment expliquer la statistique de M. Ricord? Par quelques circonstances accessoires bien faciles à saisir.

On sait, en effet, que la blennorrhagie n'est pas également contagieuse à tous les moments de sa durée; qu'elle l'est d'autant plus que, dans l'écoulement, l'élément pus domine l'élément mucus. Or, ce moment est précisément celui où l'inflammation est dans toute son acuïté, et où l'homme est éloigné du coït par la douleur, sinon par un sentiment d'honneur et de délicatesse. Plus tard, lorsque ces souffrances s'apaisent, l'élément contagieux diminue, et l'homme peut revenir à ses habitudes sans faire courir à sa

compagne les mêmes dangers. Ce que je rappelais tout à l'heure prouve cependant que, même à cette période, il ne faut pas être rassuré.

Chez la femme, on s'accorde généralement à dire que les douleurs sont moins vives ; chez elle aussi l'illusion et la dissimulation sont plus faciles. Il y a souvent impossibilité, pour la malade, de savoir si l'écoulement vaginal, dont elle souffre, est blennorrhagique ou seulement leucorrhéique. Elle est donc bien plus exposée que l'homme à accepter les rapports sexuels dans l'état de maladie, plus exposée, par conséquent, à transmettre cette dernière.

Ce qui a fait encore illusion, c'est qu'un grand nombre de blennorrhagies ne sont que des récidives. Ceci s'observe surtout depuis que la gonorrhée est traitée comme une maladie locale, à l'aide d'agents substituteurs, qui n'ont rien de spécifique. Ces faits sont assez communs, pour qu'il soit admis qu'une première blennorrhagie prédispose à une seconde, même à une troisième. Il n'est pas rare, non plus, de rencontrer des malades qui ont acquis sous ce rapport une telle susceptibilité que chaque nouveau coït rappelle leur écoulement. Il est facile de comprendre comment de semblables sujets pourront devenir malades, après avoir cohabité avec une femme parfaitement saine du reste.

On peut apprécier maintenant la valeur de la statistique de M. Ricord relativement à la virulence de la blennorrhagie, et conclure qu'elle n'a point la portée que cet auteur avait voulu lui accorder.

En fait, la blennorrhagie est aussi bien transmissible de l'homme à la femme que de la femme à l'homme. Nous sommes donc autorisés à revendiquer pour elle tous les caractères des maladies virulentes.

§ III.

EFFETS DU VIRUS BLENNORRHAGIQUE.

Tracer d'une manière complète le tableau de la blennorrhagie, est chose impossible aujourd'hui. En général, la description d'un état diathésique est une parenthèse qu'il faut ouvrir, mais qu'il n'est donné à personne de pouvoir fermer; et quand il s'agit d'une affection sur la nature de laquelle la plupart des médecins restent indécis, les difficultés augmentent encore. Je n'essayerai donc pas un travail impossible, et je me bornerai, pour ce qui concerne la symptomatologie de la blennorrhagie type, à poser deux questions :

1° Cette maladie, à sa période primitive, offre-t-elle des caractères aussi constants que ceux de la syphilis?

2° Parvenue à ses périodes consécutives, ou devenue héréditaire, se confond-elle sur quelque point avec la vérole?

A.—On divise, en général, les symptômes de la blennorrhagie en deux classes distinctes : les symptômes aigus et les symptômes chroniques; division arbitraire et inacceptable, cette affection appartenant, dès le début, à la classe des maladies chroniques. Il est plus

naturel de suivre à son égard la marche adoptée pour la syphilis elle-même, et de reconnaître d'abord une blennorrhagie primitive, puis des formes morbides secondaires et héréditaires.

La blennorrhagie primitive, comme je l'ai dit déjà, se montre sur tous les points où le muco-pus peut être déposé et absorbé. Ces deux conditions sont importantes. Si la première a existé seule, s'il y a eu contact de l'agent infectieux, sans absorption, la maladie ne se développe pas. C'est ce qui a lieu lorsque l'écoulement se borne à souiller l'épiderme, dont il ne peut vaincre les propriétés isolantes et protectrices. Si ce pus arrive, au contraire, en contact avec une membrane muqueuse, son passage dans l'économie s'effectue et la maladie prend naissance. C'est pour ce motif que les organes génitaux de l'homme et de la femme sont si souvent le siége de la gonorrhée, sans que cette préférence constitue cependant pour eux un privilége exclusif.

Quel que soit l'organe affecté, la blennorrhagie se présente avec trois groupes de symptômes très-caractéristiques : une lésion de sensation, une altération de sécrétion et une altération de texture.

La douleur causée par cette affection offre un caractère constant. C'est, au début, une sensation de prurit voluptueux, bientôt remplacée par un sentiment d'ardeur et de cuisson prononcé. Cette douleur augmente par le contact : par celui des urines et de la sonde quand le canal de l'urètre est atteint ; chez la femme, par le toucher ou même par le seul frottement du

linge, quand la maladie existe sur les parties externes de la génération.

Cette sensation d'ardeur n'offre pas toujours la même intensité. Dans la période d'acuïté, elle existe constamment ; elle est, au contraire, peu accusée par les malades, lorsque l'écoulement est devenu ce qu'on nomme une blennorrhée. Mais alors, si le passage des urines est indolore, le cathétérisme fait toujours naître une douleur assez vive, laquelle permet de reconnaître, à la fois, l'existence de la maladie et le point sur lequel elle s'est concentrée.

En même temps qu'il souffre, le malade voit se former sur la surface malade une sécrétion caractéristique. Celle-ci se compose d'un liquide épais, verdâtre, formé de pus et de mucus. Ces deux éléments s'y rencontrent en proportion variable suivant le degré auquel la blennorrhagie est parvenue. Au début, c'est un suintement purement muqueux, transparent, incolore ; peu de jours après, c'est un écoulement vert, épais, quelquefois sanguinolent. Lorsque la guérison arrive, la sécrétion muqueuse reparaît.

Les variations de ce symptôme ne portent pas moins sur la quantité que sur la qualité du liquide sécrété. Tantôt l'écoulement est très-abondant, tantôt il se borne à quelques gouttes qui paraissent le matin. Il ne faudrait pas croire que sa puissance pathogénique soit en rapport avec sa quantité. Loin de là, on voit souvent des *gouttes* très-rares être très-contagieuses ; mais ce qu'on observe alors, c'est que ce liquide reste vert et épais.

Enfin, lorsque la blennorrhagie existe sur une surface que l'œil puisse explorer, on constate une altération constante : *la granulation*. C'est ce caractère anatomique qui fit reconnaître à M. Baumès une blennorrhagie de la bouche (1), c'est lui que l'on remarque sur les surfaces du vagin et du col de l'utérus (2). Cette lésion anatomique est même tellement caractéristique, qu'on pourrait lui donner autant d'importance qu'on en accorde d'ordinaire au chancre pour le diagnostic de la syphilis.

Il y a plus, si l'on interroge avec soin les femmes qui sont porteurs de métrite ou de vaginite granulée, et Dieu sait que l'occasion se présente fréquemment, si l'on scrute en même temps la santé des maris, on trouvera chez ces derniers des suintements incomplétement guéris ; et, chez la femme elle-même des signes antérieurs de blennorrhagie bien caractérisée. On est donc doublement autorisé à donner à ce symptôme la signification que je lui accorde.

Il sera facile maintenant de répondre à la première question que j'avais posée. Oui, il y a des caractères

(1) Voici cette observation. « Un ouvrier avait la moitié gauche « de la lèvre inférieure engorgée, rouge, brûlante, douloureuse, « et la muqueuse offrait plusieurs granulations blanchâtres, « avec un très-léger suintement comme purulent. Cette mu- « queuse avait absolument l'aspect qu'offre quelquefois la mu- « queuse du col de l'utérus à la suite de la blennorrhagie chez « la femme. » Cet homme convint avoir vu paraître cette affection six à huit jours après avoir appliqué ses lèvres sur la vulve d'une femme qu'il sut plus tard avoir été atteinte de blennorrhagie. (Baumès, *loc. cit.*, p. 211, note 1.)

(2) *Iconographie de l'hôpital des vénériens*, pl. 43.

certains et constants capables de faire reconnaître une blennorrhagie primitive; ces caractères sont au nombre de trois : une douleur de cuisson et d'ardeur, augmentée par le contact; un écoulement composé de mucus et de pus, et des granulations.

B. — Est-il vrai maintenant, comme le croient MM. Gibert, Cazenave, Vidal de Cassis, Baumès, etc., que la blennorrhagie, après avoir été aussi distincte de la syphilis dans sa période primitive, s'en rapproche lorsqu'elle revêt ses formes consécutives ou héréditaires? Est-il vrai, en un mot, que la gonorrhée, indépendamment de ses conséquences ordinaires, spéciales, soit suivie quelquefois des symptômes propres à la vérole?

Les partisans de cette opinion sont tous obligés de reconnaître que ceci arrive rarement. En général, la gonorrhée offre des symptômes consécutifs spéciaux, absolument distincts des formes ordinaires de la syphilis constitutionnelle. Parmi ces symptômes, les uns occupent encore les organes primitivement affectés; les autres apparaissent sur quelque région éloignée, justifiant ainsi le caractère de généralité qu'on doit accorder à cette maladie. Les rétrécissements de l'urètre, l'engorgement de la prostate, l'épididymite consécutive rentrent dans le premier groupe; l'arthrite, dite blennorrhagique et l'ophthalmie constituent les deux premiers termes du second.

Tout le monde accordera que la syphilis n'engendre jamais ces formes morbides, tandis que la blennorrhagie leur donne constamment naissance; que ces

deux diathèses se séparent au moins sous ce rapport.

On ne pourra nier davantage qu'il y ait parmi les symptômes de la syphilis constitutionnelle de nombreuses formes morbides qui ne paraissent jamais à la suite de la blennorrhagie. Malgré tout ce que la statistique peut avoir indiqué pour justifier cette confusion, il est bien évident que l'on voit chaque jour des blennorrhagies naître, guérir ou se prolonger indéfiniment, sans jamais donner lieu à la roséole, à l'ecthyma, aux exostoses ou aux tumeurs gommeuses.

On peut même ajouter que la statistique s'est contredite elle-même pour ce qui regarde les syphilides. Pendant que M. Cazenave trouve dans ses chiffres une raison de confondre les suites de la blennorrhagie avec celles du chancre, M. Bassereau arrive à ce résultat : que le chancre induré seul est suivi de dermatoses réellement syphilitiques.

Laissant donc de côté des résultats aussi contradictoires pour nous abandonner aux enseignements de l'observation journalière, nous devrons dire que la blennorrhagie ne donne jamais lieu aux symptômes caractéristiques de la vérole.

Elle peut sans doute affecter les mêmes tissus que cette dernière, la peau et les muqueuses par exemple. Mais alors, ainsi qu'en convient M. Baumès, on ne voit jamais « comme faisant partie de ce tableau, ces « affections graves et profondes du tissu cutané et du « tissu muqueux, ces tubercules ulcérés, ces ulcères « serpigineux, ces pustules dont la base est profon- « dément creusée dans la peau, ces ulcères qui dé-

« truisent les muqueuses et attaquent les tissus fibreux « ou les os qu'ils recouvrent, toutes lésions qui défor- « ment, mutilent les organes, en y laissant de fâcheuses « traces, par les cicatrices dont elles sont suivies (1). » Ce qu'on observe alors ce sont : « les formes érythé- « mateuse, papuleuse, squammeuse, maculeuse; « mais la forme papuleuse l'emporte encore en fré- « quence... (2). » A la surface des muqueuses, c'est la « forme inflammatoire, érésipélateuse, sèche ou hu- « mide (3). » J'ajouterai surtout la forme granuleuse.

Sur les tissus fibreux ou osseux, la blennorrhagie cause des douleurs rhumatismales ou des gonflements passagers du périoste; mais elle ne donne jamais lieu aux douleurs ostéocopes, à l'exostose ou à la carie. Elle respecte les cheveux et les ongles, et lorsqu'elle envahit l'œil ou le testicule, elle se distingue encore de la syphilis. « C'est ainsi que l'iritis, l'engorge- « ment du testicule proprement dit, se manifestent « parmi les symptômes constitutionnels, suite du « chancre, tandis que l'ophthalmie, l'épididymite, se « montrent l'une comme symptôme *constitutionnel*, « l'autre comme symptôme *consécutif*, après la blen- « norrhagie (4). »

Cette différence se retrouve encore entre les symptômes généraux de l'une et de l'autre de ces affections; la blennorrhagie n'amenant jamais « le dépérissement,

(1) Baumès, *loc. cit.*, p. 261.
(2) *Ibid.*
(3) *Ibid.*
(4) *Ibid.*, p. 263.

« la fièvre de consomption, le teint jaune, l'aspect « décrépit, l'état cachectique, etc., phénomènes qui « caractérisent la diathèse invétérée, l'état avancé de « la syphilis constitutionnelle (1). »

Rien n'est donc mieux établi que la distance qui sépare ces deux maladies. On se demandera sans doute alors, comment des auteurs également autorisés par leurs recherches ont pu soutenir que la blennorrhagie pouvait aussi produire les symptômes de la syphilis ?

Pour répondre à cette question, il faut savoir que les observations citées à l'appui de l'opinion précédente, sont peu nombreuses ; qu'elles se sont présentées seulement à titre d'exception. Or, une exception n'infirme pas une loi, lorsque celle-ci est bien établie.

S'il est arrivé que des symptômes réellement syphilitiques aient paru après un écoulement de l'urètre, c'est, ainsi que l'indique M. Ricord, que cet écoulement lui-même était entretenu par un chancre larvé. Lorsque ces phénomènes ont succédé à la balanoposthite, comme M. Baumès en cite des exemples (2), c'est que cette affection était de nature syphilitique, qu'elle avait été produite par un pus sécrété à la surface d'un ulcère secondaire ou par quelque autre lésion appartenant à la vérole. Aujourd'hui, que le caractère contagieux de la syphilis constitutionnelle est bien établi, cette explication se trouve entièrement justifiée.

Il ne faut pas l'oublier du reste, le tableau des

(1) Baumès, *loc. cit.*, p. 264.
(2) *Ibid.*, p. 248 et pass.

symptômes secondaires et tertiaires de la syphilis a été tracé du point de vue de deux opinions opposées, mais qui conduisent à une même confusion. Les uns décrivirent ces périodes consécutives de la vérole, en admettant l'identité de nature de la blennorrhagie et du chancre, ce qui devait leur faire placer sur la même ligne les effets consécutifs de ces deux maladies. Les autres, en refusant à la blennorrhagie aucun pouvoir sous ce rapport, en la réduisant à n'être qu'une maladie locale, renvoyaient au virus syphilitique tous les symptômes qui apparaissaient à la suite d'une maladie vénérienne. Dans ces deux hypothèses, on réunissait sous un nom commun, les effets du chancre et ceux de la blennorrhagie.

Or, c'est ce tableau qu'on nous présente aujourd'hui comme modèle ; il n'est vraiment pas surprenant d'y trouver quelques traits appartenant à la gonorrhée et auxquels la syphilis elle-même n'a aucun droit. Il n'est donc pas suffisant, pour accorder à la première de ces affections le pouvoir d'engendrer des phénomènes appartenant à la seconde, de dire que ces caractères se retrouvent parmi les effets habituellement rapportés à la syphilis ; car il y a beaucoup à modifier dans la description de cette dernière.

Tout ce que nous savons, c'est que chacune de ces affections a des caractères qui lui appartiennent, qu'elle seule peut engendrer ; qu'ainsi leur spécificité se maintient aussi bien sous le rapport de leurs formes constitutionnelles que sous celui de leurs symptômes primitifs.

La même distinction existe encore à l'égard des affections auxquelles chacun de ces virus peut donner naissance, quand il est transmis par voie d'hérédité.

On se rappelle que M. Ricord accorde, avec quelque hésitation cependant, aux sujets atteints de syphilis tertiaire, le pouvoir d'engendrer des enfants scrofuleux; mais que cette opinion ne peut être admise pour deux raisons : la première, qu'on rencontre très-souvent des scrofuleux dans des familles où il n'y a jamais eu de vérole, ni chez le père ni chez la mère; la seconde, que les affections scrofuleuses syphilitiques offrent des caractères particuliers qui les rapprochent de la vérole elle-même.

Or, rien n'est plus commun aujourd'hui que la scrofule, rien n'est plus commun non plus que la blennorrhagie. Celle-ci se rencontre même si souvent qu'il est bien peu de jeunes gens qui entrent en ménage sans lui avoir payé tribut. Il y a vraiment dans cette égale fréquence une importance réelle que nous ne pouvons oublier, et qui nous force à rapprocher l'une de l'autre ces deux affections.

Il y a encore un autre fait qui n'est pas moins bien établi : c'est que « la maladie scrofuleuse est une ca-« chexie résultant d'une infection miasmatique de « l'organisme, transmise héréditairement (1). » Or, toute affection héréditaire relève d'un état général dont il faut rechercher la forme primitive et contagieuse.

(1) Léon Simon père, *Mémoire sur les maladies scrofuleuses*, p. 12. Paris, 1837.

Si l'on interroge, à cet effet, les parents d'un scrofuleux, on trouve ou qu'ils ont été eux-mêmes atteints de cette maladie, ou qu'ils avaient présenté des signes d'infection psorique évidente, ou encore que, n'ayant eu ni gale ni scrofule, ils avaient été « atteints « d'écoulements leucorrhéiques ou blennorrhagiques « d'une grande intensité et surtout d'une persévérance « inouïe (1). »

Cette étiologie est complexe, évidemment, mais elle est parfaitement en rapport avec les différentes formes des scrofules. On comprend, en effet, sous ce titre, des dermatoses se rapprochant tout à fait de celles qui appartiennent à la psore, s'accompagnent d'engorgements glanduleux qui suppurent rarement. A côté de ces formes, qu'on pourrait appeler sèches, il en est d'autres qui amènent presque toujours les suintements muqueux ou la suppuration. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que les sujets porteurs du premier ordre de symptômes sont rarement atteints par le second.

Or, ce sont surtout ces affections scrofuleuses avec hypersécrétion qu'engendre la blennorrhagie. L'observation en fait foi.

Première observation. — Un monsieur se marie ayant encore des traces évidentes d'un écoulement contracté huit mois auparavant. Il infecte sa jeune femme, jusque-là bien portante. — Un premier enfant naît de cette union ; c'est une fille. Arrivée à son

(1) Léon Simon père, *Mémoire sur les maladies scrofuleuses*, p. 17. Paris, 1837.

deuxième mois, cette enfant présente tout à coup un « écoulement épais, jaune verdâtre, par le vagin; « bientôt après, les muqueuses palpébrales devinrent « rouges, s'engorgèrent et fournirent un mucus épais « en petite quantité, qui collait les paupières. La tête « se couvrit d'une teigne muqueuse abondante; les « yeux s'améliorèrent; un écoulement muco-purulent, « semblable à celui qui existait dans le vagin, se pré- « senta dans le conduit auditif (1). »

A l'époque du sevrage tout disparut, sauf l'écoulement vaginal. Celui-ci ayant cessé plus tard, « il sur- « vint des palpitations avec toux croupale, des érup- « tions pustuleuses sur les joues, sur le cuir chevelu, « une rougeur inflammatoire avec suintement épais, « abondant, fétide et formant des croûtes dans les na- « rines (2). » A l'âge de onze ans, tous ces symptômes avaient cessé, mais l'écoulement vaginal avait reparu et résistait à *tous les moyens employés*.

Deux ans après, le même ménage voit naître un garçon bien portant, en apparence du moins, mais qui devient malade, comme sa sœur, à l'âge de trois mois. On observa alors chez lui un écoulement purulent des deux conduits auditifs internes, une éruption de plaques rouges squammeuses sur le scrotum, la poitrine, le visage; une rougeur avec suintement épais à l'anus. A quatorze mois, tout disparaît; mais l'enfant devient somnolent; son caractère est inégal; il a de la constipation et des soubresauts dans les tendons;

(1) Baumès, *loc. cit.*, p. 317.
(2) *Ibid.*, p. 318.

enfin, il meurt à dix-huit mois, « avec tous les symp-« tômes d'une hydrocéphale aiguë. »

Trois mois plus tard, naissance d'un troisième enfant, un garçon. Peu de jours après sa naissance, écoulement jaunâtre derrière les oreilles; à trois mois, mort à la suite de convulsions.

Quatorze mois après, la mère accouche d'une petite fille qui offre tous les symptômes de sa sœur aînée.

Enfin, les parents songent à se traiter. Le père avait « un suintement épais, purulent, blanc jaunâtre, avec « rétrécissement spasmodique de l'urètre; la mère, « un écoulement semblable avec rougeur, inflamma-« tion légère de l'entrée du vagin, et *quelques granu-« lations du col de la matrice* (1). »

L'un et l'autre ayant été guéris, cette dame eut encore une petite fille, chez laquelle aucun symptôme de scrofule n'avait paru lorsque cette observation fut publiée. Cette enfant avait alors trois ans.

A ce fait il serait facile d'en ajouter beaucoup d'autres; je me bornerai à en citer un seul.

Deuxième observation. — M. X..., négociant, quarante ans, bien constitué, n'ayant aucun des attributs de la constitution scrofuleuse, est uni à une femme brune, forte, d'une excellente constitution aussi. Ce ménage a eu déjà huit enfants. Sur ce nombre, il n'en reste que deux. Parmi les six qui ont succombé, cinq auraient été enlevés par des affections pulmonaires, un par des convulsions. Je n'insisterai pas à leur sujet,

(1) Baumès, *loc. cit.*, p. 318.

n'ayant pas eu occasion de les traiter. Je parlerai seulement des trois derniers, parce que j'ai pu les voir. Celui pour lequel je fus consulté tout d'abord était un petit garçon de six mois. Lorsque je l'examinai, il était arrivé au dernier terme d'une phthisie pulmonaire. Sa sœur, que l'on me présenta en même temps, avait quatre ans, se trouvait atteinte d'un engorgement du foie avec ascite.

Elle était alors confiée aux soins d'un autre médecin qui continua à la traiter. J'ai revu cette malade il y a six mois : son ascite est résorbée, mais le foie reste engorgé; le teint est pâle ; l'enfant a un aspect chétif, un caractère triste et irritable ; les fonctions digestives sont irrégulières; elle tousse quelquefois, sans que l'auscultation fasse reconnaître encore aucun signe de tubercules. — Le second enfant vivant est une petite fille de onze mois, mince, chétive, sujette à la diarrhée, à la toux et aux ophthalmies.

Il serait bien facile, assurément, de multiplier ces exemples ; ils sont si communs, que tout le monde, en se reportant à ses souvenirs, en rencontrera de plus précis encore. Je suis ainsi parfaitement en droit de conclure que la blennorrhagie mal guérie, même alors qu'elle est réduite à une simple blennorrhée sans danger pour la femme, est la cause de la cachexie scrofuleuse la mieux caractérisée, de cette cachexie qui commence par des suintements muqueux, des dermatoses humides, et se termine par l'hydrocéphale, les convulsions ou la phthisie.

La blennorrhagie se présente alors à nous comme

une diathèse complète, ayant une forme primitive contagieuse, bien déterminée, donnant lieu ensuite à des formes morbides consécutives, toutes spéciales, et à des symptômes héréditaires qu'on est convenu de confondre sous un titre commun, celui de cachexie scrofuleuse.

J'ai peu de chose à dire relativement au diagnostic de la gonorrhée. Aussi longtemps qu'elle reste à sa période primitive, les trois caractères que j'ai indiqués : la douleur, l'écoulement et les granulations, permettront de la reconnaître ; ils la feront distinguer des écoulements qui n'ont rien de blennorrhagique.

Seulement il sera nécessaire, pour acquérir une notion exacte de la maladie, de tenir compte de tous ses caractères, de leurs variétés, de l'ordre dans lequel ils se succèdent. La connaissance des antécédents, celle de la santé des enfants, celle des habitudes et de la moralité des malades, auront aussi leur valeur. Comment en serait-il autrement, lorsqu'il s'agit d'une affection que ses caractères organiques tendent à faire confondre avec beaucoup d'autres ? L'individualisation sera d'autant plus nécessaire pour arriver à reconnaître les formes consécutives de la blennorrhagie, que leur tableau est plus mal dessiné. Il importera surtout d'établir d'une manière rigoureuse l'enchaînement des différentes formes morbides qu'il s'agira de rattacher à cette même cause.

Lorsque, enfin, il faudra faire un choix parmi les affections appelées scrofuleuses, en vue de distinguer celles qui sont le résultat d'une blennorrhagie hérédi-

taire, l'attention du médecin sera plus grande encore. Il ne devra jamais oublier, en pareil cas, qu'il avance sur un terrain nouvellement exploré, qu'il entre dans le champ des découvertes, et que ses pas seront d'autant plus assurés qu'il restera plus fidèle à la méthode tracée par Hahnemann.

La blennorrhagie étant ainsi connue à toutes ses périodes, il sera nécessaire d'en apprécier les dangers.

Sous ce rapport, il règne en médecine une singulière opinion. Il semble que cette maladie ne doive laisser aucune crainte ; que le copahu et le cubèbe, aidés de quelques injections, en triomphent à coup sûr, pour le présent et pour l'avenir.

Si cet espoir est déçu, le malade s'accoutume volontiers à conserver un suintement qui ne lui cause pas de douleur, et avec lequel il peut se livrer à toutes ses occupations, à tous ses plaisirs.

Adopter de semblables idées, c'est sacrifier à des erreurs funestes contre lesquelles on ne saurait trop s'élever.

Comment ! une maladie qui peut se prolonger pendant des années, même pendant la vie tout entière, serait sans gravité ? Une maladie capable de laisser après elle des suintements sans fin, des rétrécissements de l'urètre, des maladies rebelles de la vessie et de l'épididyme ; capable aussi de donner lieu à des douleurs articulaires et à des ophthalmies tenaces ; de se transmettre de génération en génération, ne laisserait au malade aucun souci ?

On est surpris, vraiment, en présence de tous ces faits, de voir les médecins conserver une quiétude aussi complète et se confier sans mesure aux traitements abortifs et aux moyens insuffisants que la matière médicale ordinaire leur présente.

Non, on ne fait pas avorter la blennorrhagie, pas plus qu'on ne fait avorter la syphilis. Quand on parvient à comprimer l'explosion des symptômes primitifs, tout n'est pas dit pour cela, car on n'a point atteint l'état dynamique, on n'a point détruit le virus.

Or, c'est précisément parce qu'elle est virulente que cette affection doit éveiller notre sollicitude. Ce que nous devons redouter en elle, c'est d'abord sa transmission par le contact ; ce sont, ensuite, les transformations qu'elle est susceptible de subir, et enfin cette terrible faculté d'atteindre les enfants au moment même où ils sont appelés à la vie.

Ces dangers, je me hâte de le dire, ne sont pas identiques à ceux de la syphilis ; ils n'ont point le caractère destructeur des symptômes constitutionnels de cette maladie. Qu'importe ? Le malade est-il donc plus en sûreté parce que, au lieu d'une roséole, il aura une dermatose squammeuse ou papuleuse ; au lieu de douleurs ostéocopes, des rhumatismes ? L'enfant lui-même aura-t-il une destinée plus douce parce que, au lieu de succomber au bout de quelques semaines ou de quelques mois, il atteindra jusqu'à l'adolescence, pour mourir ensuite d'une phthisie tuberculeuse ? Tel est pourtant le sort qui lui est souvent réservé.

La blennorrhagie est donc une maladie grave dans

le présent, grave aussi dans l'avenir; une maladie redoutable pour celui qui la contracte, plus redoutable encore pour ses descendants.

C'est là un fait dont le médecin doit être bien convaincu. C'est donc pour lui une obligation étroite de chercher à éteindre cette affection dans sa cause et dans les effets qui la caractérisent, de chercher avec soin et avec persévérance les médicaments spécifiques sur lesquels il a seulement le droit de compter.

Il ne faut pas se le dissimuler, c'est là un labeur souvent pénible; mais les difficultés ne doivent pas nous arrêter, car le succès ne peut s'obtenir qu'à ce prix. Or, ce succès, le malade y a droit : c'est à nous de pouvoir le lui assurer.

§ IV.

DES ÉCOULEMENTS NON BLENNORRHAGIQUES.

Je n'ai parlé jusqu'à présent que de la blennorrhagie type, affection, comme on l'a vu, nettement caractérisée. Mais cette maladie n'est pas la seule qui se localise sur les membranes muqueuses, sur celles des organes génito-urinaires particulièrement; et je ne puis abandonner ce sujet sans rechercher ce que peuvent être ces écoulements, et à quels signes il est possible de les reconnaître.

Ces écoulements, on ne peut le nier, se rapprochent souvent par leurs caractères de ceux que nous avons étudiés jusqu'à présent; mais leurs causes, en déter-

minant leur nature, nous obligent à les distinguer. Aussi l'étiologie est-elle la véritable base sur laquelle nous puissions établir avec certitude la classification d'états pathologiques si divers (1).

En agissant de la sorte à leur égard, on distinguera parmi eux :

1° Des *écoulements syphilitiques*, dus à la présence d'un ulcère spécifique, ou au contact du pus sécrété par un symptôme secondaire ;

2° Des *écoulements psoriques*, comprenant tous ceux auxquels Swédiaur donnait le nom d'herpétiques, lépreux, etc. ;

3° Des *écoulements sycosiques*, auxquels Hahnemann attachait une grande importance ;

4° Des *écoulements dus à des irritations mécaniques ou physiologiques*, à l'abus du coït ou de la masturbation, à l'accouchement, etc. ;

(1) Hecker admettait 1° une gonorrhée ordinaire ; c'est elle que j'ai désignée sous le nom de blennorrhagie type ; 2° une gonorrhée consécutive ; 3° une gonorrhée vénérienne ; 4° une gonorrhée scorbutique ; 5° une gonorrhée scrofuleuse ; 6° une gonorrhée catarrhale et rhumatismale ; 7° une gonorrhée goutteuse ; 8° une gonorrhée avec exanthème chronique ; 9° une gonorrhée avec hémorrhoïdes ; 10° une gonorrhée due à l'âcreté des urines ; 11° une gonorrhée due à la masturbation ou à des excès de coït ; 12° une gonorrhée par continence ; 13° une autre causée par des irritants extérieurs ; 14° une encore produite par des irritants sympathiques ; 15° enfin, une suite d'accouchement. (Hecker, *Traité de la gonorrhée.*) Swédiaur reconnaît 1° une blennorrhagie syphilitique ; 2° une blennorrhagie herpétique, lépreuse, scorbutique ; 3° une goutteuse ; 4° une rhumatique ; 5° une par irritants pris à l'intérieur ; 6° une à stimulo mechanico ; 7° une blennorrhagie hémorrhoïdale.

5° Des *écoulements causés par des substances médicamenteuses :* par exemple, le gaïac, certaines espèces de bière, etc.

1° ÉCOULEMENTS SYPHILITIQUES. — Personne ne contestera, à coup sûr, l'existence des *écoulements syphilitiques*. Lorsqu'ils ont lieu à la surface d'une membrane que l'œil peut explorer, sur les paupières, dans la bouche, au prépuce, sur le gland, dans le vagin ou sur le col de l'utérus, il est facile de reconnaître la présence de l'ulcère; aussi dit-on alors que le sujet est atteint d'un chancre, et on ne parle pas de l'écoulement.

Mais si l'ulcère est caché dans la profondeur du canal de l'urètre, le suintement est le seul symptôme accusé par le malade, et constaté par le médecin. Il importe donc de reconnaître sa véritable nature. Voici les signes à l'aide desquels M. Ricord pense y arriver :

1° Cet écoulement est moins abondant que celui de la blennorrhagie, très-purulent, sanieux, rouillé, sanguinolent (sans qu'il y ait eu d'injection irritante) ;

2° Il ne cause de douleur, ni pendant l'érection, ni pendant l'émission des urines ;

3° Il s'accompagne souvent d'adénopathie, avec ou sans suppuration;

4° En palpant convenablement le canal de l'urètre, on sent un engorgement qui correspond aux bords de l'ulcère ;

5° Si ces caractères ne sont pas suffisants, et que quelque doute subsiste encore, l'inoculation sera le moyen de le lever, en montrant que le liquide qui s'é-

coule de l'urètre peut donner naissance à un chancre caractéristique.

2° Écoulements psoriques. — On n'accordera pas aussi facilement, sans doute, qu'il y ait des *écoulements psoriques ;* mon premier soin doit donc être d'en prouver l'existence. Je le ferai à l'aide de quelques observations.

Première observation. — « Je connais, dit M. Baumès, « un individu menant une vie très-débauchée, car outre « deux maîtresses entretenues, il a plusieurs maîtresses « intercurrentes. Il est affecté depuis son bas âge, et par « disposition héréditaire, d'une éruption érythémato- « vésiculeuse (*eczema rubrum*, dartre squammeuse, hu- « mide, etc.) à la partie interne de la cuisse gauche. Il « arrive assez souvent à cette dartre de pâlir, de dispa- « raître presque entièrement, et alors il survient un « picotement, une chaleur dans le canal de l'urètre, et « un suintement muco-purulent blanchâtre, qui dure « jusqu'à ce que la dartre reparaisse. Jamais, avec « cet écoulement, il n'a rien communiqué à ses maî- « tresses (1). »

Ici, évidemment, il s'agissait d'un écoulement herpétique, et celui-ci avait pour caractères d'être muco-purulent, blanchâtre, et non contagieux.

Mais la suite de cette observation n'est pas moins intéressante que sa première partie. Ce malade, en effet, étendant encore le cercle de ses relations, contracte une véritable blennorrhagie avec une fille pu-

(1) Baumès, *loc. cit.*, p. 200.

blique. Il croit seulement au retour de son écoulement, infecte ses deux maîtresses, plus une femme mariée, laquelle, à son tour, donne la maladie à son mari.

M. Baumès étant, à cette époque, chargé de la visite des prostituées de la Guillotière, à Lyon, examine la femme qui avait été la première source de tous ces maux, et il trouve chez elle « *une urétro-vaginite, avec* « *écoulement blennorrhagique du vagin et du canal de* « *l'urètre* (1). »

La différence entre ces deux espèces d'écoulements fut donc des plus tranchées. Celui qui résultait du principe dartreux, paraissait à la suite de rapports avec des femmes jouissant d'une santé parfaite : une fois établi, il restait sans danger pour elles. L'autre était contracté avec une femme atteinte d'une affection semblable, et se transmettait à toutes les maîtresses du malade, puis de celles-ci à d'autres personnes. Cette observation prouve ainsi, et l'existence des écoulements psoriques, et la distance qui les sépare de la blennorrhagie, sous le double rapport de leur origine et de leurs dangers.

Deuxième observation. — « M. X..., étudiant en droit, « a eu une blennorrhagie, complétement guérie il y a « un an; jamais de chancre. Il se présenta à notre ob- « servation, écrit M. de docteur Boucaud, une pre- « mière fois le 23 juin, avec une GALE évidente, pour « laquelle nous lui ordonnâmes le traitement de l'hô- « pital Saint-Louis. Le malade l'exécuta consciencieu-

(1) *Ibid.*, p. 201.

« sement et prit même, le surlendemain, un bain de « Baréges, par excès de précaution. Le 24 juillet, il se « représente à nous. Toute trace de gale a disparu ; « *les organes génitaux sont seuls malades.*

« Gonflement du prépuce, surtout au niveau du « frein ; rougeur légère ; quelques croûtes superficiel- « les, accusant une éruption d'herpès ; aucune trace « de chancre ni d'adénite, dans l'intérieur du canal; « douleur intense, exaspérée par le séjour au lit ; érec- « tions nocturnes, pénibles ; aucun écoulement. Pas de « coït depuis le 30 mai.

« Nous introduisons lentement une sonde métallique « ordinaire ; lorsqu'elle a pénétré à environ 3 centi- « mètres, le malade accuse une douleur très-vive, qui « s'exaspère par la rotation imprimée à l'instrument. « La sonde pénètre, du reste, sans difficulté au delà « du point douloureux. Il n'existe aucune difficulté « pour uriner ; le jet est fort. Au niveau du point où « le malade précise le siége du mal, on sent, à la partie « inférieure de la verge, une tuméfaction profonde, « occupant les parois de l'urètre. Ces symptômes du- « rent depuis dix jours, et aucun écoulement n'a paru. « Avons-nous affaire à une blennorrhagie sans écoule- « ment? Cette variété a été peu observée ; et puis la « douleur ne serait pas bornée à un point bien limité « du canal.

« Un chancre du canal n'aurait pas attendu six se- « maines pour se manifester, et au bout de ce temps « il y aurait une ulcération, avec écoulement purulent « ou sanguinolent. La douleur serait exaspérée par le

« passage de l'urine ; vraisemblablement d'autres chan-
« cres auraient coexisté sur les parties visibles de l'or-
« gane. D'après ces motifs, vu surtout la coïncidence
« de l'herpès *præputialis*, nous avons pensé avoir af-
« faire à un herpès du canal. Le 2 août, le malade était
« soulagé de cette affection urétrale (1). »

J'ai tenu à transcrire entièrement cette observation, parce que le diagnostic y étant discuté avec soin, elle ne laisse aucun doute sur l'existence des affections herpétiques du canal de l'urètre ; et aussi parce qu'elle nous apprend quelle est la forme primitive, contagieuse, à laquelle ces dermatoses doivent être rattachées.

Cette observation, n'ayant pas été rédigée par un disciple de Hahnemann, ne saurait, en effet, être suspecte aux yeux des ennemis de la théorie de la psore : aucune cependant ne peut être plus concluante. Un étudiant contracte la gale, la traite par des moyens externes, efface l'éruption sans atteindre jusqu'au virus ; celui-ci engendre alors des accidents secondaires spéciaux, parmi lesquels un herpès du prépuce et une affection du canal de l'urètre, présentant deux symptômes propres à la blennorrhagie : la douleur et le gonflement de la muqueuse. Certes, ces transformations sont trop bien enchaînées pour qu'il soit possible de méconnaître le rapport qui les unit ; et nous sommes tout aussi sûrement autorisés à remonter de l'affection du canal de l'urètre, ci-dessus décrite, à la gale elle-

(1) Voyez *Annuaire de la syphilis*, etc., année 1858, p. 87, l'observation ayant pour titre : *Affection herpétique du canal de l'urètre*, par le docteur Boucaud.

même, que, dans d'autres circonstances, nous pouvons l'être à remonter d'une syphilide jusqu'au chancre qui l'a précédée.

Cette observation laisse cependant à désirer sur un point; et l'obscurité qu'elle présente sur certains détails tient au siége même de la maladie. Celle-ci étant localisée au fond du canal de l'urètre, il a été impossible de comparer l'état de la muqueuse, sur ce point, avec les altérations qui existaient sur le prépuce, et de démontrer la similitude des lésions de texture produites sur ces deux régions. Le fait suivant lève tous les doutes à cet égard.

Troisième observation. — « En octobre 1837, dit « M. Léon Simon père, je fus consulté par madame « D..., âgée de vingt-cinq ans, de tempérament lym- « phatico-nerveux, de constitution éminemment irri- « table. A différentes époques de sa vie, elle fut atteinte « de symptômes assez variés de la diathèse scrofu- « leuse, pour lesquels sa famille lui fit faire un séjour « de plusieurs années à Florence. Lorsqu'elle me con- « sulta, les symptômes principaux de sa maladie con- « sistaient en un écoulement considéré comme leu- « corrhéique, fort abondant, accompagné de violentes « démangeaisons des parties génitales internes; la « malade souffrait beaucoup de symptômes dyspep- « siques, et portait sur différents points de la peau des « taches de pityriasis fort étendues et assez nom- « breuses. Examiné avec soin, l'utérus fut trouvé sain, « et la muqueuse du vagin, des grandes et petites lè- « vres, offrait des taches d'un rouge vif, nettement

« circonscrites, siége des démangeaisons dont il a été « parlé, et d'un écoulement muco-purulent considéré, « par les médecins antérieurement consultés, comme « le symptôme d'un catarrhe vaginal. Avant et après « les règles, l'écoulement était plus abondant qu'en « aucun autre temps, et les douleurs plus vives. Mariée « depuis sept ans, jamais elle ne communiqua rien à « son mari. »

Chez cette dame, l'affection du vagin était non-seulement de même ordre, mais encore de même forme que celle de la peau. N'y a-t-il pas identité parfaite entre les taches pityriasiques de l'enveloppe cutanée et les taches d'un rouge vif, nettement circonscrites, qui existaient sur le vagin ?

Il est inutile vraiment d'insister davantage sur ce point, et d'augmenter le nombre des observations. Celles qui précèdent prouvent sans réplique l'existence des écoulements herpétiques, et la différence qui les sépare de la blennorrhagie.

Toute la difficulté consiste évidemment dans leur diagnostic. C'est surtout ici que le médecin devra tenir compte de tous les symptômes, de leurs nuances les plus légères, des circonstances accessoires capables de l'éclairer ; car bien souvent les symptômes formels, saillants, tendront à faire confondre ces hypersécrétions du canal de l'urètre avec la blennorrhagie elle-même.

On peut dire toutefois que les suintements herpétiques sont moins abondants que l'écoulement blennorrhagique ; qu'ils sont souvent intermittents, accom-

pagnés d'une vive sensation de chaleur et de *prurit*. Avec eux, les érections sont douloureuses, le canal de l'urètre est très-sensible au contact de la sonde, moins cependant au contact des urines. Ils paraissent peu de temps après le coït, n'offrant pas de période d'incubation.

L'existence de dermatoses, antérieurement à l'apparition de l'écoulement, leur disparition au moment où celui-ci s'établit, l'état d'intégrité des organes génitaux de la femme avec laquelle cette affection a été contractée, l'innocuité des rapports existant entre un homme affecté de ce suintement et la femme elle-même, suffiront à fixer l'opinion du médecin. Les mœurs, la moralité des époux, auront encore ici une valeur incontestable pour faire admettre ou rejeter l'hypothèse de la contagion.

Or ce dernier caractère est essentiel ; car si la blennorrhagie est constamment transmissible par le contact, l'écoulement herpétique ne l'est jamais. La première et la troisième observation que j'ai citées en sont la preuve.

L'ordre d'apparition des symptômes aura aussi une grande valeur, chez la femme surtout. Tout le monde sait que celle-ci est sujette à des leucorrhées assez irritantes pour rougir, excorier la face interne des cuisses et les parties externes de la génération, causer ainsi de vives douleurs au moment du passage des urines, et donner lieu à un sentiment permanent d'ardeur et de chaleur, tous symptômes qui pourraient faire croire, à tort, à une blennorrhagie. Mais ces deux états pré-

sentent un caractère distinctif dont il faut tenir compte. Si la malade est atteinte de blennorrhagie, la douleur précède l'écoulement : c'est seulement trois ou quatre jours après avoir éprouvé de la chaleur, de l'ardeur en urinant, que le suintement apparaît. Celui-ci est d'abord peu abondant, muqueux, et augmente ensuite d'épaisseur et de quantité ; la douleur diminue le plus souvent alors.

Lorsqu'il s'agit, au contraire, de ce qu'on nomme une *leucorrhée âcre*, l'écoulement précède la douleur : chose naturelle, puisque celle-ci est simplement le résultat de l'espèce de vésication causée par le contact du liquide vaginal.

Enfin, on constate dans le premier cas des granulations bien caractérisées : on n'en trouve pas dans le second.

3° Écoulements sycosiques. — Je dirai peu de chose des *écoulements sycosiques*, dont j'aurai à parler plus au long dans le chapitre suivant. Leur caractère essentiel est d'être accompagnés de végétations qui existent, soit sur les organes génitaux eux-mêmes, soit sur quelque région éloignée. Lorsque la végétation se trouve placée dans le canal de l'urètre, c'est elle qui cause le suintement. Toute la difficulté consiste donc à la reconnaître : on y parvient par une exploration attentive, ainsi que je le dirai plus loin. Quand elle a pour siége une surface facile à explorer, on constate aisément sa présence ; c'est elle alors qui attire l'attention. La sécrétion qu'elle produit n'a plus qu'une valeur secondaire.

Il y a encore deux ordres d'écoulements dont je n'ai point parlé : celui auquel on a donné le titre de *scrofuleux*, et l'*écoulement rhumatismal*.

Je n'ai point considéré le premier comme constituant une espèce à part, parce que, d'après ce que j'ai dit, il appartient à la classe des symptômes blennorrhagiques héréditaires.

Quant au second, son existence est problématique. On en est encore à se demander s'il y a une blennorrhagie rhumatismale, ou s'il convient d'admettre seulement un rhumatisme blennorrhagique.

Le motif de ces hésitations se trouve dans ce fait, qu'il est bien rare de rencontrer un rhumatisant n'ayant jamais eu de gonorrhée type, et chez lequel un écoulement éclaterait tout à coup au milieu d'un accès de douleurs aiguës; tandis qu'on observe bien plus souvent des malades qui, ayant contracté une blennorrhagie, ont employé pour la combattre des moyens purement externes, et chez lesquels des douleurs rhumatismales ont succédé à la maladie primitive. Dans ce cas, il arrive souvent que les douleurs venant à cesser, l'écoulement urétral reparaît tout à coup sans qu'il y ait eu de contagion, sans même qu'il y ait eu de rapports sexuels. Évidemment, ce rhumatisme et ce second écoulement sont, l'un et l'autre, des symptômes secondaires de la blennorrhagie. L'observation suivante fera mieux comprendre encore la véritable genèse de l'écoulement appelé rhumatismal.

« En février 1841, dit M. Léon Simon père, je fus « consulté par M. de M... pour un rhumatisme du

« muscle deltoïde et des muscles intercostaux du côté « droit. A l'âge de vingt-huit ans (le malade en avait « trente-trois), il eut une simple blennorrhagie sans « végétations ni ulcération chancreuse. Cette maladie « fut traitée par les boissons délayantes, le baume de « copahu et le poivre cubèbe. Sous l'influence de cette « médication, la blennorrhagie disparut, et, à peine « guéri, le malade se maria. Peu de mois après son « mariage, il ressentit les premières atteintes du rhu- « matisme. Au bout d'un an, sa femme accoucha d'un « enfant mâle, qui mourut, au bout de trois semaines, « d'une prétendue gastro-entérite, dont les premiers « symptômes se montrèrent dès le jour de la naissance. « M. de M..., jouissant d'une position sociale qui lui « permettait de songer à sa santé autant qu'il le vou- « lait, consulta toutes les notabilités médicales. Les « sudorifiques, les bains de vapeur, les eaux minérales « d'Aix en Savoie, les eaux de Bourbonne, de Néris, « les eaux sulfureuses des Pyrénées, furent successi- « vement employés par lui, et sans aucun succès. Lors- « qu'en février 1841 il me consulta pour la première « fois, sa femme était enceinte de nouveau, et elle ac- « coucha depuis d'un second enfant, qui eut le même « sort que le premier.

« De l'examen que je fis du malade, il résulta que « sa santé était parfaite à tous égards, si ce n'est une « douleur de déchirement et d'élancement dans l'é- « paule et le muscle deltoïde, assez vive pour gêner les « mouvements du bras, et une douleur pressive et « élançante, dans les muscles intercostaux, se faisant

« surtout sentir lorsque le malade montait un escalier,
« allait à cheval, ou pressait fortement la poitrine. Dans
« l'état de repos, il n'existait qu'une douleur sourde
« et élançante, quelques taches de pityriasis sur la
« main droite, c'est-à-dire du côté affecté. Je m'arrêtai
« à *natr. mur.*; et comme le malade était jeune, bien
« portant du reste, qu'il menait une existence de riche
« oisif qui ne me permettait pas de compter sur une
« observance scrupuleuse des moyens diététiques, je
« lui donnai le *natr. mur.* à la dose d'un globule 18°
« tous les jours, pendant huit jours. Je le laissai huit
« autres jours sans médicament; et n'apercevant au-
« cun changement dans son état, au bout de ce temps,
« je crus avoir fait un mauvais choix de médicament.
« J'examinai de nouveau, et m'arrêtai à *graphites*, que
« je fis prendre de la même manière que le *natr. mur.*
« Il y avait à peine cinq jours que le malade faisait
« usage du *graphites*, qu'il avait recouvré l'usage du
« bras droit : les taches de pityriasis avaient disparu;
« les douleurs rhumatismales des muscles intercostaux
« n'existaient plus. Mais l'écoulement blennorrhagi-
« que, dont il n'existait aucune trace depuis plusieurs
« années, était revenu avec une abondance excessive.
« Le muco-pus qu'il fournissait était d'un jaune ver-
« dâtre assez prononcé; et, malgré l'abondance de
« l'écoulement, il n'accusait que peu de douleur en
« urinant et pendant l'érection. Je tins le malade pen-
« dant quinze jours au *s. L.*, à la décoction d'eau
« d'orge, et à un régime un peu sévère, lui assurant
« que son affection rhumatismale antérieure n'était

« qu'une conséquence de sa première blennorrhagie,
« dont celle-ci n'était qu'un retour. Déjà l'écoulement
« était devenu tout à fait indolent, purement mu-
« queux, lorsque l'impatience saisit M. de M... Il con-
« sulta M. Cullerier, qui se refusa à reconnaître aux
« médicaments homœopathiques la puissance de faire
« revivre une blennorrhagie mal guérie, tout en ad-
« mettant que celle-ci était secondaire, conseilla les
« capsules de copahu, et promit guérison dans un court
« espace de temps. Au mois de juin, la guérison n'é-
« tait encore qu'une espérance, et le malade attendait
« patiemment, sur la foi et l'autorité du nom de
« M. Cullerier. Ce dernier ne vit plus qu'un écoule-
« ment atonique dans le suintement qui, au mois de
« juin, tourmentait encore le malade, et l'envoya aux
« Eaux-Bonnes, lui recommandant une saison de bains
« de mer si les Eaux-Bonnes étaient insuffisantes. La
« blennorrhagie céda, mais le rhumatisme reparut; et
« c'est dans cet état que M. de M... me consulta de
« nouveau, au mois de janvier 1842. Les taches de pi-
« tyriasis n'ont pas paru de nouveau. Je suis revenu à
« l'emploi du *graphites*, que j'ai donné pendant quinze
« jours, mais à la dose d'un globule 24° dans dix cuil-
« lerées d'eau, et que j'ai laissé agir pendant trente
« jours. A la suite de cette médication, les douleurs
« rhumatismales avaient disparu de nouveau, sans qu'il
« y ait eu la moindre trace d'écoulement blennorrha-
« gique. J'administrai ensuite le *sulphur trituratum*,
« qui ne produisit aucun effet.

« *Réflexions.* — Je crois que le malade, sujet de

« cette observation, est bien guéri de l'affection rhu-
« matismale qui l'a tourmenté pendant cinq ans ;
« mais sa guérison est trop récente pour que j'ose
« l'affirmer. Aussi n'est-ce pas comme thérapeutique
« qu'un pareil fait me paraît être concluant : je l'ai
« rapporté dans l'intention de montrer quelle opinion
« on peut se faire des prétendues blennorrhagies
« rhumatismales, lorsque ces dernières surviennent
« après une première infection.

« C'est à la suite d'un mauvais traitement de la
« blennorrhagie primitive, et lorsque celle-ci a dis-
« paru, que les douleurs rhumatismales surviennent
« pour la première fois. La blennorrhagie reparaît, et
« le rhumatisme s'efface ; de nouveau la blennor-
« rhagie disparaît, et il y a retour du rhumatisme. Il
« me semble qu'il est impossible de voir deux états
« morbides sous une plus complète dépendance, et plus
« étroitement unis par la relation de cause à effet (1). »

On peut induire encore de l'observation précédente les caractères sur lesquels on devra s'appuyer pour reconnaître cette espèce d'écoulement. Ces caractères seront : l'existence antérieure d'une première blennorrhagie suivie de douleurs rhumatismales ; la disparition de ces dernières lorsque le suintement reparaît ; enfin l'absence de douleurs urétrales malgré l'abondance et l'épaisseur du liquide sécrété.

4° Les écoulements dus a des causes de simple irritation mécanique ou physiologique s'observent rare-

(1) Voyez *Annales de la méd. homœop.*, p. 172.

ment chez l'homme adulte. On les rencontre plus fréquemment chez la femme, pour laquelle ils constituent plusieurs espèces de leucorrhée. Encore est-il juste de dire que ces causes ont le plus souvent un rôle très-secondaire ; qu'elles se bornent presque toujours à mettre en éveil quelque maladie chronique restée à l'état latent. Dans ce cas, l'écoulement se trouve en rapport avec sa cause déterminante. Les symptômes varient suivant qu'il doit être rapporté à la psore, à la syphilis, à la sycose ou à la blennorrhagie.

Autrement, lorsque aucun virus ne prend part à son développement, il rentre dans la classe des fausses maladies chroniques signalées par Hahnemann, dont « viennent à être atteints les hommes qui sont sou-« mis sans relâche à des influences nuisibles auxquelles « ils pourraient se soustraire ; qui font habituellement « usage d'aliments ou de boissons nuisibles à l'éco-« nomie ; qui se livrent à des excès ruineux pour la « santé..... Ces maladies, ou plutôt ces privations de « santé, que l'on s'attire soi-même, disparaissent par « le seul fait d'un changement de régime, à moins « qu'il n'y ait quelque miasme chronique dans le « corps, et on ne peut pas leur donner le nom de « maladies chroniques (1). »

Tel est le caractère des écoulements qu'il convient de ranger dans cette catégorie, et parmi lesquels se trouvent les suintements qui surviennent après un excès de coït, sont accompagnés de chaleur

(1) *Organon*, § 77.

pendant l'émission des urines, ceux qui succèdent aux rapports intimes avec une femme qui a ses règles, ceux aussi que l'on rapporte à l'usage de certaines boissons, en particulier de la bière et du café. Les premiers disparaissent d'eux-mêmes par le seul fait de la continence, les seconds s'effacent peu à peu dès que le régime est modifié.

De plus, ces écoulements ne sont point précédés d'une période d'incubation ; ils se développent presque aussitôt après les rapports sexuels ; se composent de mucus et non de pus ; enfin ils ne se transmettent jamais par le contact. « Je connais, dit M. Baumès, « un homme marié qui, toutes les fois qu'il boit un « peu abondamment de bière, éprouve un écoulement « urétral, séreux, jaunâtre, qui dure huit à dix jours. « Avec ces écoulements, il n'a jamais rien communi- « qué à sa femme ; tandis que, ayant contracté, il y a « un an, avec une fille publique, une véritable blen- « norrhagie, et se croyant au dix-huitième jour débar- « rassé, parce qu'il ne souffrait plus, il communiqua « à sa femme, par le coït qu'il exerça de nouveau « avec elle à cette époque, une blennorrhagie (1). »

5° Quant aux ÉCOULEMENTS CAUSÉS PAR DE VÉRITABLES MÉDICAMENTS, il serait difficile de les reconnaître si l'on n'était prévenu sur l'usage qui a été fait de ces substances ; car il y a entre eux et les suintements pathologiques une similitude complète, similitude qui nous servira plus tard pour fixer le choix des médicaments

(1) Baumès, *loc. cit.*, p. 200.

appropriés aux différents cas que nous aurons à guérir. Seulement ces écoulements ne sont pas contagieux.

En résumé, il existe, en dehors de la blennorrhagie type, des écoulements syphilitiques, psoriques et sycosiques; le premier et le dernier sont virulents et souvent contagieux; les seconds sont virulents aussi, mais non contagieux. On rencontre également des suintements scrofuleux, forme héréditaire de la blennorrhagie elle-même, d'autres qui succèdent à certaines douleurs rhumatismales, symptômes secondaires de la gonorrhée. Ceux-ci sont également virulents sans être contagieux. Il y a enfin des suintements causés et entretenus par des causes extérieures physiologiques ou médicinales; ceux-ci n'ont aucun des deux caractères présentés par tous les autres.

Ces hypersécrétions se distinguent entre elles et se séparent de la blennorrhagie type par leur cause, leurs symptômes et leur traitement.

CHAPITRE IV.

De la sycose.

Que faut-il penser des végétations ?

« On est si peu d'accord sur la nature des végéta-
« tions, écrivait Hahnemann, et sur la place qu'il con-
« vient de leur assigner dans le tableau de la syphilis,
« qu'il me sera permis, je pense, de ne pas les con-
« sidérer comme appartenant à la syphilis constitu-
« tionnelle, mais de les ranger parmi les symptômes
« vénériens primitifs et idiopathiques (1). »

Cette opinion, si hardiment formulée il y a soixante-dix ans, est vraie encore aujourd'hui ; et nous sommes forcés de l'admettre, dans sa première partie du moins ; car la syphilographie présente, pour ce qui regarde les excroissances, le même vague, la même incertitude que pour la gonorrhée.

Ici encore nous retrouvons en présence les anciennes doctrines et les nouvelles ; les unes professant que les végétations appartiennent à la syphilis, les autres prétendant qu'elles sont purement locales et qu'elles doivent être rangées dans l'ordre des verrues (2).

(1) Voyez *Traité des malad. vénériennes*, in *Études de médecine homœopathique*, 1re série, p. 120, § 340.

(2) Diday, *Exposition des nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 257.

Cette dernière assertion, émise depuis peu, serait un véritable progrès, si son auteur avait dit en même temps comment il faut considérer les verrues, s'il leur avait assigné une place en pathologie. Malheureusement, il n'est point allé jusque-là ; la solution qu'il propose reste donc incomplète ; elle ne peut mener à aucune conclusion utile.

En étudiant avec soin chacune des opinions précédentes, en suivant les discussions dont elles ont été l'objet, il est facile de se convaincre que les végétations n'appartiennent pas à la syphilis.

D'abord, elles ont été parfaitement connues et décrites par les anciens, ainsi que je l'ai montré plus haut (1), tandis que les ouvrages de l'antiquité ne contiennent rien de précis relativement à la vérole. Il serait réellement difficile d'expliquer ce fait, sans admettre, en même temps, que les végétations ont existé avant cette dernière ; qu'elles ne peuvent ainsi faire partie de son tableau. En second lieu, les excroissances présentent des caractères généraux tout à fait opposés à ceux de la syphilis : elles ne sont point inoculables, elles ne sont jamais suivies de symptômes syphilitiques constitutionnels ; et le mercure, si puissant dans cette dernière affection, ne peut rien pour les guérir.

Ces considérations suffiraient à séparer des affections aussi diverses, s'il n'y avait quelques circonstances capables de faire illusion. Les végétations pa-

(2) Page 18.

raissent souvent, en effet, après le coït, occupent les organes génitaux de l'homme et de la femme, succèdent souvent aux chancres ou aux écoulements de l'urètre. On aurait donc au moins une apparence de raison, de les mettre sur le même rang que les affections syphilitiques.

Mais leur transmission par le coït ne prouve rien en faveur de la thèse soutenue par les anciennes doctrines; car, il y a d'autres maladies que la syphilis qui se transmettent durant les rapports intimes; la blennorrhagie en est la preuve. Il y a aussi des affections tout à fait étrangères à la vérole, qui se localisent sur les organes de la génération, l'herpès par exemple. Ces deux raisons, tirées, l'une du mode de transmission des excroissances, l'autre du siége qu'elles peuvent occuper, ne prouvent donc pas leur nature syphilitique.

Leur apparition au milieu des symptômes de la période secondaire ou tertiaire est aussi de nulle valeur, par cette seule raison que ces différentes transformations et les formes extérieures qui les caractérisent, paraissent dans un ordre régulier, tandis qu'il serait impossible de dire à quel moment la végétation se développera. Tantôt elle arrive avec les symptômes secondaires, tantôt elle se forme alors même que le chancre existe encore, ou prend naissance à la place que celui-ci occupait.

Ce qui établit aussi que les végétations ne sont pas un symptôme nécessaire de la syphilis, c'est d'abord qu'on les voit succéder aussi bien à la blennorrhagie

qu'au chancre, voire même à des affections herpétiques, qui n'ont aucun caractère vénérien ; et ensuite que la vérole parcourt souvent toutes ses périodes, atteint à la cachexie la plus prononcée, sans que le malade ait eu à signaler la moindre excroissance.

Les partisans des *nouvelles doctrines* en matière de syphilis triomphent ainsi complétement de leurs adversaires sur ce point.

Il n'en est plus absolument de même lorsqu'ils prétendent conclure de ce premier fait à la nature exclusivement locale des végétations. Les raisons qu'ils font valoir alors ne sont vraiment pas déterminantes.

Ils disent : la végétation est une maladie locale : 1° parce qu'elle a ordinairement pour siége quelque repli de la peau ou des membranes muqueuses exposé à des frottements continuels, comme il arrive, pour la femme, à la vulvé, et pour les deux sexes, à l'anus.

Mais cette condition n'est pas suffisante. Il y a des hommes et des femmes qui marchent beaucoup et qui n'ont jamais de végétation, d'autres qui marchent fort peu et chez lesquels les excroissances sont nombreuses.

Ce qui est vrai ici de la marche l'est aussi du coït, auquel on accorderait volontiers une extrême influence (1) ; car il y a des hommes et des femmes qui s'y livrent souvent, sans que leurs organes se couvrent de verrues ou de choux-fleurs ; tandis que des su-

(1) Diday, *loc. cit.*

jets très-modérés sous ce rapport en sont atteints.

Il faut donc autre chose qu'une excitation physiologique, quelque exagérée qu'on la suppose, pour amener une excroissance. Les uns diront que ce quelque chose est une prédisposition ; Hahnemann soutiendra que cette prédisposition elle-même a un motif, qui se trouve dans une infection virulente acquise ou héréditaire.

Quoi qu'il en soit de cette dernière opinion, sur laquelle je reviendrai bientôt, un fait reste démontré, c'est que les causes extérieures d'excitation ne peuvent produire à elles seules des excroissances.

2° On dit encore : Ces affections sont locales, parce qu'elles naissent à la suite d'irritations variées : chancres, blennorrhagie, balanite, herpès, etc. (1).

Mais cet argument n'a point l'importance qu'on veut lui donner. Il prouve seulement que le symptôme appelé excroissance n'appartient ni à la syphilis, ni à la blennorrhagie type, ni à la psore, mais non pas qu'il ne puisse dépendre d'un agent général, qui ne serait ni le virus du chancre, ni celui de la gonorrhée, ni celui de la gale.

3° La troisième raison n'est pas plus concluante. Elle consiste à soutenir que la végétation est locale, parce qu'elle n'est pas contagieuse.

D'abord, cette transmission par le contact est soutenue par des auteurs parfaitement autorisés; ensuite, fût-il prouvé que les condylomes ne sont jamais conta-

(1) Diday, *loc. cit.*

gieux, il faudrait en conclure qu'ils ne doivent pas être rangés parmi les symptômes primitifs d'une affection virulente ; mais cela ne nous autoriserait pas à leur refuser le rang de forme morbide secondaire ou héréditaire.

4° Le dernier argument qu'on fasse valoir se tire de l'inefficacité des traitements généraux. Cette inefficacité est vraie lorsque les mercuriaux sont les seuls agents employés, mais non pas lorsque d'autres médicaments les remplacent. Il faut donc dire que les végétations résistent à un traitement antisyphilitique, ce que tout le monde admet, mais non qu'elles sont toujours rebelles à un traitement général.

D'un autre côté, s'il n'y a pas de faits qui prouvent irrévocablement la nature locale d'une excroissance, il y en a deux qui démontrent que les productions épigéniques sont bien réellement l'effet d'une cause générale.

D'une part, elles peuvent envahir successivement, ou simultanément, les régions les plus éloignées. Tous les syphilographes accordent qu'on en rencontre partout : dans le conduit auditif, à l'ombilic chez les nouveau-nés, à l'anus, à la vulve, aux paupières, etc.

D'autre part, elles résistent tout autant aux applications purement locales qu'aux mercuriaux eux-mêmes. Lorsqu'on les détruit par l'excision, l'arrachement, la ligature ou le caustique, elles repullulent sans cesse; ce qui n'aurait pas lieu si l'opération atteignait la cause du mal aussi sûrement que l'effet organique produit par elle.

Ces deux raisons paraissent être vraiment con-

cluantes; elles ont reçu néanmoins une tout autre interprétation. Après avoir reconnu que les végétations naissent ailleurs que sur les organes génitaux, M. Diday ajoute : « Ailleurs comme là, c'est une simple irritation « locale qui en a provoqué l'apparition (1). »

J'en demande pardon au spirituel syphilographe, mais les agents qui ne dépassent pas la surface de l'enveloppe cutanée n'agissent pas de la sorte. La brûlure, par exemple, reste limitée au point où le corps incandescent a été appliqué. Si la cause des végétations agit autrement; si elle manifeste sa puissance sur des points souvent éloignés les uns des autres; cela tient évidemment à ce qu'elle n'est pas restée locale, à ce qu'elle a pénétré l'organisme de toutes parts, ce qui lui permet d'agir simultanément sur les régions les plus diverses.

Venant ensuite au fait de la repullulation et aux conséquences qu'il est permis d'en tirer, le même auteur ajoute : « Si tout ce qui repullule est virulent, il « faut alors donner ce nom aux incessantes récidives de « l'herpès, des polypes, des loupes, des verrues. Par « contre, si tout ce qui est virulent doit repulluler, il « n'y aura plus de virus dans le seul chancre qui en « ait réellement, dans le chancre infectant, puisque « jamais on ne l'observe une seconde fois chez le « même individu (2). »

Je ferai d'abord remarquer qu'il ne s'agit pas en ce moment d'établir la virulence des condylomes, mais

(1) *Loc. cit.*, p. 225.
(1) *Loc. cit.*, p. 226.

seulement le degré de généralité de la maladie dont ils sont l'expression organique. Cela dit, il est incontestable que tout symptôme organique qui se reproduit avec persistance, dépend d'une cause générale. Ceci est vrai de l'herpès, des polypes, des loupes (1), des verrues, du chancre; cela peut donc être appliqué aux ulcérations.

Quant à l'assimilation établie entre les fics et le chancre induré, on ne saurait l'admettre, parce que l'ulcère primitif se multiplie par inoculation et non par repullulation.

Il faut remarquer, du reste, que prendre indifféremment pour termes de comparaison l'herpès et le chancre, c'est commettre une confusion fâcheuse pour un homme qui se vante d'être individualisateur. L'herpès est un symptôme secondaire, le chancre un symptôme primitif, lesquels se comportent différemment en raison de la période à laquelle ils appartiennent. Dans tous les cas, l'un et l'autre relèvent d'une cause générale; il n'y a donc pas de raison de doter les excroissances d'un caractère absolument opposé.

Est-il vrai, maintenant, *que la végétation dite vénérienne soit une verrue* (2)?

On ne peut nier que ces deux ordres d'excroissances n'offrent de nombreuses analogies. Selon M. Diday,

(1) M. Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 228, admet que les lipômes multiples *appartiennent à une sorte de diathèse ;* mais il ne dit pas à laquelle.

(2) Diday, *loc. cit.*, p. 257.

l'une et l'autre paraissent se développer de préférence « là où une sensibilité exquise de la peau se trouve en « butte aux frottements, à la malpropreté, etc., » aux mains chez les enfants, aux organes génitaux « chez « les conscrits de la milice de Vénus, à peu près exclu- « sivement (1). » J'ajouterai que, dans ce cas, ces irritations jouent le rôle de causes secondaires, déterminant la localisation de la maladie, sans pouvoir la produire à elles seules.

Une fois formée, la verrue affecte une tendance extrême à se multiplier; les végétations font de même.

Le microscope a prouvé que ces différentes excroissances avaient une composition identique, les cellules épithéliales étant le véritable élément anatomique dont elles se composent.

Il y a plus, leur forme établit souvent leur identité : « Le 19 avril 1849, je suivais, à l'Antiquaille, la visite « de mon estimé successeur, M. Rollet; nous nous « arrêtâmes devant un malade affecté de végétations « au gland. Poursuivant l'idée qui me préoccupait dès « lors, je demande à cet homme s'il n'a pas eu de « verrues. Il m'en montre d'anciennes et multipliées « sur la main droite. Elles étaient, trait pour trait, la « reproduction des végétations. Placées l'une à côté « de l'autre, la ressemblance entre les deux lésions « fut jugée si parfaite que, si on les avait présentées à « l'examen, isolées, sans laisser voir la région sur la-

(1) Diday, *loc. cit.*, p. 258.

« quelle elles s'implantaient, il eût été réellement im-
« possible de distinguer qui était la végétation, qui
« était la verrue (1). »

Or, ce fait n'est pas isolé; sur cinquante-cinq individus porteurs de végétations, le médecin de Lyon en trouva quarante-sept qui avaient eu des verrues, et huit qui ne se souvenaient pas d'avoir jamais eu à en souffrir. Ce dernier chiffre lui-même pourrait peut-être se trouver réduit, la mémoire des malades leur faisant souvent défaut pour accuser un symptôme aussi peu important. L'observation suivante en est la preuve.

« Un jeune homme de vingt ans, dit M. Diday, vient
« me consulter pour des végétations de la rainure du
« gland, datant de cinq mois et consécutives à quelques
« légers écoulements. Interrogé sur l'existence anté-
« rieure de verrues, il dit n'en avoir jamais eu. Cepen-
« dant, je découvris sous l'oreille gauche une verrue
« bien caractérisée, qui, me dit-il, s'était manifestée là
« à la suite d'un petit coup d'ongle.

« Des végétations qu'il me montrait autour du gland,
« l'une, la plus petite, semblable du reste pour l'aspect
« aux autres, ne datait que de huit jours; et il l'avait
« vue se former sur le lieu même d'un chancre simple
« contracté six semaines auparavant, et dont la cica-
« trisation venait à peine de s'achever. — Coup d'on-
« gle et chancre, évidemment, avaient eu ici la même
« valeur, le même pouvoir étiologique (2). »

(1) *Loc. cit.*, p. 259.

(2) *Loc. cit.*, p. 261, Note. — Il est surprenant que l'auteur de cette observation n'ait pas cru devoir assimiler le rôle de l'herpès,

Toutes les raisons que je viens de rapporter prouvent évidemment que les végétations et les verrues sont des formes morbides qu'il convient de rapprocher, qu'elles présentent des caractères en vertu desquels nous sommes autorisés à les ranger dans une même catégorie, à les considérer comme des effets divers d'une même cause. En un mot, elles nous autorisent à dire que la verrue est une végétation; mais non pas qu'une végétation soit une verrue.

M. Diday a donc exprimé par une mauvaise formule, un fait vrai. Ceci arrive souvent en médecine. Le défaut de la loi qu'il a posée, se trouve tout entier dans les expressions dont il s'est servi. Le terme végétation est, en effet, bien plus compréhensif que celui de verrue: l'un exprime le genre, l'autre l'espèce. Or, je ne sache pas qu'en bonne logique, il soit permis d'assimiler le genre à l'espèce, surtout de vouloir faire absorber l'une par l'autre.

La statistique s'oppose du reste à cette confusion. Ainsi que je le rappelais tout à l'heure, sur cinquante-cinq individus ayant des végétations, quarante-sept seulement avaient des verrues. Si donc l'existence de ces dernières est capable de rendre compte du développement des condylomes chez ces premiers malades, elle ne nous apprend rien relativement à leur apparition chez les huit autres. Irons-nous les accuser tous d'avoir manqué de mémoire? Non, certainement. Nous le ferons d'autant moins que M. Diday lui-même

dans la production d'une excroissance, à celui du chancre et du coup d'ongle de l'observation précédente!

nous apprend que tout le monde n'a pas de verrues : sur soixante-dix-neuf personnes interrogées à ce sujet, quarante-sept seulement étaient dans ce cas. En rapprochant cette statistique de la précédente, nous verrons qu'il y a des sujets malades chez lesquels on rencontre des condylomes sans qu'ils aient eu de verrues, chez lesquels par conséquent la végétation ne peut être assimilée à cette dernière.

Si nous recherchons maintenant, en nous appuyant sur l'observation, comment ces individus ont contracté des condylomes, nous arriverons à distinguer, sous ce rapport, trois cas différents.

1° Les uns auront vu apparaître les végétations, après avoir cohabité avec un individu atteint lui-même de végétations;

2° Chez d'autres, le mal sera venu à la suite de rapports intimes exercés avec un sujet porteur d'un écoulement urétral;

3° D'autres enfin auront vu les condylomes succéder à un chancre. Les malades qui consultent pour une affection de cet ordre, indiquent constamment une des conditions que je viens de rappeler.

1° Voici un fait qui se rapporte à la première de ces trois catégories.

Un ouvrier en soie, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne, avait une femme légitime et une maîtresse. Il s'absente. A son retour, il a des rapports avec cette dernière, et, sept jours après, avec sa femme. Le neuvième jour « à partir du premier coït, « sans aucun écoulement, ni aucune ulcération préa-

« lable, il remarque vers la couronne du gland, trois « à quatre petites végétations verruqueuses, fendillées, « assez molles, légèrement douloureuses, laissant « suinter une matière claire et blanche comme du « petit-lait. » La maîtresse est alors examinée, et l'on trouve chez elle, *à l'orifice du vagin, un grand nombre de végétations absolument semblables à celles du malade.* Quant à la femme légitime, elle eut, quelques jours après, des *végétations, sans la moindre apparence d'aucun écoulement ni même d'inflammation de la muqueuse, autour des végétations* (1).

Évidemment ici, la maîtresse de cet ouvrier avait communiqué la maladie à son amant, et celui-ci l'avait transmise à sa femme. Tout se réduisait alors à savoir d'où la première pouvait la tenir. Elle-même l'indiqua, en avouant qu'elle avait eu des relations avec un militaire pendant l'absence de l'ouvrier.

Pour compléter cette observation, il aurait fallu pouvoir examiner ce soldat; ce fut impossible. Mais s'il n'est pas permis d'affirmer qu'il eut aussi des végétations, on est tout au moins autorisé à le supposer. Toujours est-il qu'une femme atteinte de végétations en a donné de toutes semblables à son amant, que celui-ci les a transmises à une autre femme; qu'ainsi, il est parfaitement établi que certaines végétations se transmettent avec tous leurs caractères; ce qui explique leur apparition chez des sujets qui n'ont jamais eu de verrues.

(1) Baumès, *loc. cit.*, p. 326 et *passim*.

2° Mais il n'en est pas toujours ainsi, comme on peut l'induire de l'observation suivante : Un jeune ménage, uni depuis trois mois, consulte M. Baumès. Le mari « avait un suintement, suite d'une blennor-« rhagie qu'il avait contractée trois mois auparavant. « Dix jours après le mariage, sa femme, qui avait tou-« jours joui d'une parfaite santé, se plaignit d'une « violente cuisson aux grandes lèvres. Aucun écoule-« ment ne parut d'abord, mais les grandes lèvres se « couvrirent rapidement de végétations qui devinrent « énormes. Ce n'est que plus tard qu'il se présenta un « léger écoulement jaunâtre à l'entrée du vagin. Une « matière semblable suintait de la surface des végéta-« tions. »

Ce fait paraîtrait extraordinaire s'il n'était expliqué par le premier. Il est parfaitement reconnu que des végétations se forment souvent dans le canal de l'urètre (1), ce que Hahnemann a indiqué, ce que tous les chirurgiens admettent. Tantôt ces excroissances sont assez voisines du méat pour que l'œil puisse les reconnaître, tantôt elles sont plus profondément situées, et leur présence ne peut être constatée que par le cathétérisme ou par les effets du liquide qu'elles sécrètent. Il ne serait pas téméraire d'affirmer alors que tout malade paraissant atteint de gonorrhée et qui a communiqué des excroissances, en portait lui-même, que seulement elles étaient cachées dans le canal. Dans ce cas, l'existence du condylome serait constatée

(1) *Voyez l'Iconographie* de M. Ricord, pl. 49.

par un procédé semblable à celui qui permet d'affirmer, dans d'autres circonstances, celle d'un chancre larvé.

Cette hypothèse est d'autant plus admissible que tous les écoulements de l'urètre ne produisent pas de végétations, que l'anatomie pathologique a montré qu'ils ne s'accompagnaient pas constamment d'excroissances; qu'ainsi il doit exister une corrélation intime entre l'existence de ces dernières, chez le malade, et leur apparition chez le sujet bien portant avec lequel le coït a été exercé.

Toutefois, ceci nous expliquerait seulement la transmission de la maladie du sujet infecté au sujet infectant; et non le développement de végétations externes sur le malade lui-même. Mais il est évident que celles-ci se produisent en vertu de ce même travail pathologique d'après lequel des ulcérations secondaires de la gorge, ou de quelque autre muqueuse, succèdent au chancre du prépuce, du gland ou du canal de l'urètre. Dans ce cas, la végétation serait consécutive, comme l'ulcère dont je viens de parler, conclusion d'autant plus admissible qu'il n'est plus permis de considérer le condylome comme une maladie locale.

Lors donc qu'un individu atteint d'écoulement urétral communique des végétations, c'est que le suintement était dû lui-même à une excroissance primitive; dans ce cas, une végétation a engendré une végétation. Lorsque des condylomes viennent chez le malade lui-même et à la suite de son écoulement, ils appar-

tiennent, au contraire, à l'ordre des symptômes consécutifs, et montrent le degré de généralité de la maladie.

Un troisième cas peut se présenter. Il arrive que le malade, ayant eu des verrues, contracte une blennorrhagie type, et que dans le cours de celle-ci, et à sa suite, il survienne des excroissances sur les organes génitaux.

Dans ce cas, ces excroissances sont sèches, plates, en forme de verrues; elles ne sont pas contagieuses. Elles sont de l'ordre des symptômes consécutifs. Mais la blennorrhagie n'a joué dans leur développement qu'un rôle secondaire; elle a mis en activité un principe général, qui était à l'état latent, et dont elle a déterminé le réveil, principe général qui est lui-même la cause des excroissances. Ceci arrive seulement chez les sujets qui ont eu autrefois des verrues ou qui en présentent encore.

3° C'est dans les mêmes circonstances que l'on voit des végétations succéder à un chancre, et paraître parfois sur le lieu même où celui-ci existait. Ces végétations ne sont point primitives, car elles ne sont pas contagieuses; elles appartiennent à l'ordre des verrues, avec lesquelles elles ont une ressemblance parfaite, ainsi que M. Diday l'a constaté (1). Si elles naissent alors, ce n'est pas qu'elles appartiennent à la syphilis, c'est seulement en vertu d'une complication.

(1) *Voyez* l'Observation, p. 250.

Concluons donc sur ce point : les végétations des organes génitaux se rangent en deux catégories : les unes, molles, spongieuses, *suintantes*, affectant des formes diverses, se développent seulement à la suite du coït exercé avec une personne atteinte de végétations semblables (1); les autres sèches, en forme de verrues, succèdent au chancre ou à une blennorrhagie type, n'appartiennent ni à l'un ni à l'autre, et se rapprochent entièrement des excroissances verruqueuses. C'est de celles-ci seulement qu'il est permis de dire : *La végétation dite vénérienne n'est qu'une verrue.*

La proposition de M. Diday étant ainsi comprise, nous sommes forcés de revendiquer en faveur de Hahnemann l'honneur de la découverte. Le fondateur de l'homœopathie avait reconnu, en effet, bien avant M. Ricord, que les végétations n'appartenaient pas à la syphilis (2), et, bien avant M. Diday, que toutes les excroissances dont le corps de l'homme peut se couvrir, se rattachent les unes aux autres sous le double rapport de leur cause et de leur composition anatomique (3).

Il avait même été beaucoup plus loin que les syphilographes modernes, en recherchant quelle pouvait être la cause à laquelle il convient de rapporter toutes ces excroissances, en les signalant comme le

(1) *Voyez* l'Observation, p. 253.

(2) En 1789, dans son *Traité de la maladie vénérienne.*

(3) En 1828, dans la première édition du *Traité des maladies chroniques.* Des auteurs, aussi jaloux que le sont nos contemporains de la valeur des chiffres, devraient bien aussi tenir compte de celle des dates.

résultat de la localisation d'une maladie virulente et spécifique à laquelle il donnait le nom de SYCOSE.

Trois raisons essentielles conduisirent Hahnemann à formuler cette opinion. Il lui parut que les végétations appartenaient à une maladie virulente :

1° Parce qu'un certain nombre d'entre elles sont contagieuses, se transmettant de l'individu malade au sujet sain en conservant tous leurs caractères, apparaissant chez ce dernier après une période d'incubation;

2° Parce qu'abandonnées à elles-mêmes, ou mal traitées, elles ne guérissent pas, mais persistent ou se transforment;

3° Enfin, parce qu'elles se communiquent par voie d'hérédité, alors qu'elles ont perdu la faculté de se transmettre par le contact.

Un mot sur chacune de ces propositions.

1° S'il n'est point juste de soutenir que *toutes* les végétations soient contagieuses, il ne le serait pas non plus de vouloir prétendre qu'aucune d'elles ne jouisse de cette faculté. La science possède des observations incontestables d'une semblable transmission, observations dont la valeur est accrue par le témoignage d'imposantes autorités. Celles que j'ai citées tout à l'heure suffisent parfaitement à prouver ce fait.

Elles pourraient être appuyées au besoin par beaucoup d'autres; d'abord par celles de Hahnemann, lequel dit avoir souvent observé cette communication du condylome par le coït, durant les guerres qui

dévastèrent l'Europe de 1809 à 1814 (1); puis par celles de MM. Lagneau, Velpeau, Baumès, Ricord, Diday, etc.

Seulement, le tort de plusieurs de ces médecins a été de vouloir confondre les condylomes avec la syphilis, parce qu'ils étaient contagieux, d'avoir admis leur virulence, sans reconnaître leur spécificité.

Au contraire, le tort des partisans des nouvelles doctrines a été de n'avoir pas su enlever les excroissances à la vérole, sans les réduire au rôle d'un accident local sans gravité. Les uns et les autres sont tombés dans l'erreur pour des motifs opposés; les uns pour avoir reconnu la virulence sans la spécificité, les autres pour avoir admis la spécificité sans la virulence.

Hahnemann, seul, a échappé à ce double écueil, en proclamant l'indépendance de la sycose, à laquelle il attribuait une forme primitive essentiellement transmissible par le contact.

Il paraîtra peut-être étrange d'entendre dire que des médecins appartenant à l'école de M. Ricord, que ce chirurgien lui-même, aient admis le caractère contagieux des condylomes. Cela est vrai cependant; seulement, comme ce fait, qu'ils observaient trop souvent pour le mettre en doute, contredisait leurs théories, ils ont essayé d'en donner une explication conforme à leurs doctrines.

Dans les notes savantes ajoutées par M. Ricord à

(1) *Maladies chroniques*, p. 117.

la traduction du *Traité de la maladie vénérienne* de John Hunter, ce chirurgien s'exprime ainsi : « ON « PEUT RENCONTRER DES INDIVIDUS QUI, AYANT EU DES « RAPPORTS AVEC DES PERSONNES AFFECTÉES DE VÉGÉ- « TATIONS, EN PRÉSENTENT ENSUITE... »

Voilà le fait; il est concluant. Pourquoi donc l'auteur s'est-il empressé d'ajouter que les excroissances paraissent chez ces malades « *sans que cependant elles leur aient été communiquées* (1). »

Il est vraiment difficile de comprendre cette seconde proposition, lorsqu'on admet la première. Comment se fait-il qu'il n'y ait point communication de la maladie au sujet sain, quand cette affection paraît à la suite d'un contact aussi intime que celui du coït, et lorsqu'elle se retrouve chez le sujet infecté avec tous les caractères qu'elle avait chez le sujet infectant?

M. Ricord a essayé de le dire. « Dans ces cas, ajoute- « t-il, du reste fort rares, il n'y a certainement qu'une « coïncidence et non un fait de contagion, comme « on en trouve de plus nombreux exemples pour la « phthisie et le cancer. »

Il est regrettable que M. Ricord ne se soit pas mieux expliqué sur ce qu'il nomme une coïncidence, car il nous autoriserait à étendre son raisonnement aux autres maladies vénériennes primitives, et à dire que si le chancre et la blennorrhagie naissent à la suite de rapports intimes accomplis entre un sujet sain et une

(1) *Loc. cit.*, p. 275.

personne atteinte de ces mêmes affections, cela tient seulement à une coïncidence. Quant à l'assimilation qu'il essaye d'établir entre la phthisie et la végétation, elle est absolument inacceptable, la première se développant bien loin des organes qui se trouvent en contact pendant les rapports sexuels, tandis que les condylomes, dont je m'occupe en ce moment, paraissent sur le point même où le pus sycosique a été déposé.

On s'étonnerait, à bon droit, de voir le célèbre chirurgien de l'hôpital du Midi, torturer les faits en vue de leur donner une signification qu'ils ne peuvent avoir, si l'on ne savait qu'un point de doctrine, fort essentiel à ses yeux, est de nier toute faculté contagieuse aux affections qu'il ne peut inoculer. Mais c'est là une prétention exorbitante que nous avons dû abandonner déjà pour la blennorrhagie, et qu'il nous faut mettre encore de côté à propos de la sycose.

Il est bien vrai, sans doute, que les végétations ne sont pas inoculables avec la lancette, mais cela prouve seulement qu'elles ne sont pas syphilitiques. Il est vrai encore que des expérimentateurs (1) ont pu maintenir sous le prépuce de la charpie imbibée de pus sycosique, sans voir se former aucune excroissance; mais nous ne sommes pas autorisés à conclure de ce qui s'est passé alors à ce qui arrivera à la suite du coït, puisque M. Diday nous enseigne que ce dernier : « DOUBLE ET LA CAPACITÉ NUISIBLE DE LA PARTIE

(1) M. Melchior Robert.

« DONNANTE ET L'IMPRESSIONNABILITÉ DE LA PARTIE « PRENANTE. »

Les élèves de M. Ricord ont reconnu du reste la faiblesse de son raisonnement; et M. Diday a proposé une explication différente de celle que son maître avait adoptée. Selon lui, le pus sécrété à la surface des végétations « détermine toujours à leur pourtour « une irritation blennorrhoïde de la muqueuse. Est-il « donc étonnant que ce même liquide, déposé sur le « tissu similaire d'un autre individu, durant l'excitation « du coït, laquelle double et la capacité nuisible de « la partie donnante et l'impressionnabilité de la partie « prenante, — est-il étonnant que ce liquide produise « sur la vulve, par exemple, ce qu'il avait produit sur « le repli balano-préputial (1)? »

Cela ne serait pas extraordinaire, assurément, si l'effet de ce liquide ne dépassait pas les limites qui lui sont assignées dans la citation précédente. Mais lorsqu'on reconnaît, comme le fait le même auteur, que cette irritation blennorrhoïde est suivie d'une végétation, on est bien forcé de conclure qu'il y a, ici, une irritation toute spéciale, suivie d'une action spécifique, action que le pus emprunté à l'excroissance a, seul, le pouvoir de produire.

Ce pus, il est vrai, n'engendre pas les condylomes d'emblée; la congestion de la muqueuse précède son boursouflement. Qu'importe? Le chancre n'est-il pas aussi précédé d'un travail congestif, une tache rouge,

(1) Diday, *loc. cit.*, p. 239.

sur laquelle s'élève une vésicule; et sommes-nous autorisés à nier qu'il soit contagieux parce qu'il ne se creuse pas tout d'abord?

Laissant donc de côté des explications contestables pour nous arrêter aux données de l'observation, il nous faut reconnaître que certaines végétations se transmettent par le contact de l'homme malade à l'homme sain, qu'elles se communiquent en conservant tous leurs caractères, qu'elles paraissent seulement après une période d'incubation qui varie de sept à quinze jours; qu'ainsi elles présentent tous les caractères des formes primitives des affections virulentes.

Ces caractères toutefois n'appartiennent pas à toutes les végétations; la grande classe des polypes, celle des verrues ne les possèdent pas. Cela tient à ce qu'il y a des excroissances secondaires, comme il y en a de primitives.

Ces végétations offrent une persistance extrême, se multiplient aisément, paraissent simultanément ou successivement sur des régions distantes les unes des autres, envahissent même les organes splanchniques, déterminant alors des symptômes qui se trouvent en rapport avec les fonctions de l'appareil affecté.

J'ai insisté, déjà, sur la plupart de ces caractères; je me bornerai donc à les rappeler, ajoutant que la maladie de laquelle ils dépendent, présente ainsi tous les signes généraux que nous avons reconnus appartenir à la syphilis, qu'ainsi nous sommes autorisés de tous points à considérer la sycose comme étant

l'effet de l'infection de l'organisme par un virus.

Cette conclusion est d'autant plus légitime que ces excroissances sont héréditaires. Ce fait est trop généralement admis, trop facile à constater, pour qu'il soit utile de l'appuyer sur de nouvelles observations.

Il vient donc confirmer encore le caractère attribué par Hahnemann aux végétations consécutives.

Nous sommes ainsi amenés à reconnaître que la sycose est une affection virulente et spécifique, distincte de la syphilis et de la blennorrhagie par sa cause et par ses symptômes.

Ces derniers offrent un caractère anatomique constant, la végétation, caractère variable dans sa forme extérieure, mais dont la composition anatomique montre l'identité. Ce fait a été mis hors de doute par les découvertes des anatomo-pathologistes et des micrographes. N'avons-nous pas vu déjà M. Diday, s'appuyant sur les recherches de M. Courty, soutenir que les cellules épithéliales « forment la *totalité* de « certaines tumeurs, des verrues, des végétations sy- « philitiques (1) ? » De plus M. Cruveilhier, dont le nom fait toujours autorité en pareille matière, proclame qu'il n'existe entre les fibrophytes des membranes tégumentaires, des membranes séreuses et synoviales, des membranes vasculaires et des membranes fibreuses, d'autre différence que celle qui tient au tissu sur lequel ces productions épigéniques se sont développées (2).

(1) *Loc. cit.*, p. 259.

(2) *Traité d'anatomie pathologique générale*, p. 610 et suiv.

Certes, lorsque nous voyons ce professeur ranger les polypes durs et charnus ainsi que les polypes vésiculo-fibreux dans la première catégorie, mettre dans la seconde les verrues, les végétations polypiformes de la peau, les végétations verruqueuses des vieillards, « végétations susceptibles d'érosion et qui « se couvrent ordinairement de productions épider- « miques ou cornées; » ajouter ensuite « à ces mêmes « végétations polypiformes de la peau, les excrois- « sances syphilitiques du prépuce de l'homme, des « grandes et petites lèvres de la femme, excroissances « connues sous les noms de *condylome*, de *porreaux*, « *choux-fleurs*, à pédicule étroit ou à base large (1), » nous sommes parfaitement autorisés à reconnaître les rapports immédiats qui existent entre ces différentes altérations.

Lorsque nous savons ensuite que ces fibrophytes se comportent d'une manière analogue par leur mode de développement et de multiplication, par leurs symptômes, par leur transmission au moyen du contact ou de l'hérédité, nous sommes obligés de convenir qu'ils ne constituent pas des maladies distinctes, qu'ils sont seulement des formes différentes causées par un même état général. Nous pouvons, en un mot, remonter de l'identité des effets à l'identité de la cause, et ranger ces diverses productions dans une même diathèse.

Il resterait à déterminer maintenant si le virus sy-

(1) *Traité d'anatomie pathologique gén.* p. 637; 610 et passim.

cosique a le pouvoir de produire d'autres formes morbides. Hahnemann le croyait, et il citait, entre autres, la rétraction des tendons. J'avoue que je ne possède aucune observation capable d'infirmer, ou d'établir, la proposition de Hahnemann. La sycose a été si peu étudiée comme maladie virulente, qu'un grand nombre de ses effets nous échappe encore. Mais s'il n'est pas possible de fixer, dès à présent, ses limites, nous devons tout au moins ranger dans son tableau les productions épigéniques dont j'ai parlé, laissant à l'avenir le soin de compléter une description qui ne peut être qu'ébauchée en ce moment.

En limitant de la sorte le champ d'action du virus sycosique, il devient évident que le diagnostic des formes morbides qu'il engendre est assez précis. Le plus souvent les végétations sont situées sur une surface accessible à l'exploration directe; il est facile de constater leur présence. Les difficultés sont plus grandes lorsque l'excroissance s'est développée sur quelque organe profondément situé, dans l'intestin, le larynx ou sur les valvules du cœur.

On comprend que l'énumération de leurs signes diagnostiques ne puisse trouver place ici; il devra en être question seulement dans la seconde partie de ce travail.

Ce dont il faut rester bien convaincu dès à présent, c'est que tout n'est point terminé parce que l'altération anatomique a été reconnue. Il faut encore tenir compte des symptômes qui l'accompagnent, et des signes individuels que le malade peut présenter. En

un mot, pour avoir une idée complète de la maladie, il faut encore individualiser.

En général, les excroissances passent pour n'entraîner avec elles aucun danger. Situées le plus souvent sur des surfaces de rapport, elles réagissent faiblement sur la constitution, paraissent n'intéresser que médiocrement la santé générale. Dans ce cas, toute la gravité du pronostic tient à leur persistance, à la ténacité avec laquelle on les voit reparaître.

Il arrive cependant quelquefois que leur danger est beaucoup plus grand. C'est ce qui arriva chez une fille publique, dont M. Cruveilhier raconte l'histoire, et qui portait à la vulve des végétations tellement multipliées qu'il fut impossible d'en pratiquer l'excision. Cette malade, condamnée à une immobilité absolue, ne tarda pas à succomber en présentant tous les signes d'une fièvre de résorption (1).

Enfin, ces mêmes productions épigéniques entraînent souvent au développement de symptômes redoutables : par exemple, une diarrhée sans fin, quand elles existent sur la muqueuse intestinale ; la suffocation et l'asphyxie quand elles se forment à l'entrée du larynx ; et les signes d'une maladie organique du cœur quand elles ont envahi les valvules de cet organe.

Le danger de la sycose est donc celui de toutes les maladies virulentes. A la première période, cette affection est redoutable parce qu'elle est contagieuse ; elle le devient davantage dans la suite parce qu'elle a puis-

(1) Cruveilhier, *loc. cit.*

sance de se transformer, de changer de siége, d'envahir des organes essentiels à la vie; et aussi parce qu'elle est héréditaire.

Ainsi envisagé, le pronostic de cette maladie est beaucoup plus grave que celui des verrues, dont il est impossible par conséquent de faire un type auquel toutes les productions épigéniques doivent être rapportées.

Ce pronostic varie, du reste, en raison de l'espèce des excroissances, en raison aussi du siége qu'elles occupent et des symptômes qu'elles amènent : toutes conditions qui devront être étudiées dans la seconde partie de ce travail.

CONCLUSIONS.

Il résulte de ce qui précède, que l'on doit comprendre sous le titre générique de *maladies vénériennes* quatre affections parfaitement distinctes quant à leur cause, quant à leurs symptômes et quant à leur traitement.

La première a pour caractère essentiel le *chancre mou*, la seconde le *chancre induré*, la troisième la *granulation blennorrhagique*, la quatrième la *végétation sycosique*.

Dans les conditions physiologiques ordinaires ces affections se contractent d'une manière uniforme ; elles sont de plus capables d'une transmission artificielle, qui varie pour chacune d'elles en particulier. Les affections

chancreuses sont inoculables avec la lancette, la blennorrhagie ne l'est pas; il faut pour qu'elle se produise, que le muco-pus soit simplement déposé à la surface d'une membrane absorbante; les végétations, enfin, prennent naissance lorsque l'action du pus sécrété par le condylome est favorisée par le frottement.

Ces diverses affections ne se métamorphosent jamais. Elles ont, au contraire, la faculté de parcourir toutes leurs périodes sans se transformer l'une dans l'autre; elles sont complétement indépendantes de leur début à leur terminaison.

Mais si elles ne se transforment pas, elles peuvent s'associer et coexister sur un même organisme; elles peuvent, en outre, se compliquer de toutes les autres maladies chroniques non vénériennes, sans s'unir aux maladies aiguës.

Ces combinaisons n'ont lieu qu'à certaines conditions. Tout porte à croire que les virus ne s'unissent que dans le cas où aucun d'eux n'est à l'état latent. Autrement, celui qui a infecté l'organisme en dernier lieu, développe les effets qui lui appartiennent, sans éprouver aucune modification.

Les maladies vénériennes sont essentiellement spécifiques, et leur individualité tient à ce que chacune d'elles est l'effet d'un virus *sui generis*.

Ces affections, étant dues à des causes de même espèce, offrent des caractères généraux qui leur sont communs.

Elles débutent par une forme primitive contagieuse; abandonnées à elles-mêmes, elles ne guérissent jamais

spontanément, mais affectent une marche de plus en plus envahissante; la différence des formes qu'elles revêtent, varie avec la période à laquelle la maladie est parvenue et avec les fonctions du tissu et de l'organe altérés.

Parvenues à ces périodes consécutives, elles perdent en grande partie leur caractère contagieux; mais, en même temps, elles deviennent héréditaires, se présentant chez les enfants sous une des formes propres à la période à laquelle elles étaient parvenues chez les parents.

Lorsque la maladie vénérienne est acquise, le virus ne produit aucune altération de tissu, n'engendre aucune lésion de sensation ou de fonction, s'il n'est préalablement absorbé; l'infection de l'organisme est le premier effet du virus. Le chancre, la blennorrhagie et les végétations ne sont jamais des maladies locales, mais le résultat d'un désaccord dynamique localisé.

Les maladies vénériennes se présentent donc comme des affections générales, virulentes et spécifiques; et c'est de ce point de vue qu'il convient de les traiter.

Je ne puis terminer ce qui a rapport à la pathologie générale de ces maladies sans faire une dernière remarque; c'est qu'elles obéissent sous tous les rapports aux lois posées par Hahnemann relativement aux maladies chroniques.

Pour le fondateur de l'homœopathie, les maladies réellement dignes de ce nom dépendent toutes de l'infection de l'organisme par un virus : c'est à ce dernier qu'elles doivent leurs caractères, leur nature,

leur individualité ; c'est donc lui seul qui peut servir à les distinguer. De là, ce principe : de fonder sur l'étiologie les grandes divisions nosologiques. Les virus, du reste, ne nous sont point connus en eux-mêmes, mais seulement par leurs effets, c'est-à-dire par leurs symptômes. Comme ils ne se métamorphosent pas, ils trahissent leur présence par des caractères constants, qui se retrouvent dans toutes les phases que la maladie est appelée à parcourir, et aussi par des formes morbides variables et successives.

Suivant Hahnemann, l'action première des causes morbides est dynamique, les lésions de sensation, de fonction et de texture ne sont que des localisations du trouble général.

Il nous a fallu reconnaître que ce mode d'action appartenait aux différents virus dont nous avons étudié les phénomènes.

Le fondateur de l'homœopathie a proclamé aussi l'incurabilité des maladies chroniques, et, en particulier, celle des maladies vénériennes, en dehors de tout traitement spécifique, et les syphilographes conviennent qu'il en est réellement ainsi.

Il a distingué entre la diathèse et la forme qu'elle affecte, et depuis la fin du quinzième siècle, tous les médecins en ont agi de même avec les maladies syphilitiques. L'homœopathie s'accorde donc de tous points avec les vérités reconnues en syphilographie.

Il est un fait que nous ne devons pas oublier, c'est que Hahnemann a formulé tous ces préceptes au moment où les doctrines de Hunter régnaient en souve-

raines; que les principes posés par lui sur ce sujet furent la première opposition qui s'éleva contre les théories du chirurgien anglais, la première rectification qu'elles eurent à subir.

Depuis vingt ans, les médecins dirigés par M. Ricord ont, eux aussi, protesté contre ce qu'ils nomment les anciennes doctrines, et à mesure qu'ils se sont éloignés de leur premier modèle, ils se sont rapprochés de l'homœopathie. Ils sont venus à elle en adoptant, à leur insu, les principes hahnemanniens, et aussi en lui empruntant la méthode d'individualisation.

Le moment était donc opportun de rechercher quelles avaient été les notions pathologiques professées par Hahnemann et défendues par ses successeurs; jusqu'à quel point elles étaient conformes aux découvertes modernes, jusqu'à quel point elles pouvaient concourir à la solution des problèmes controversés. J'ai tenté cette étude dans les chapitres précédents : elle a conduit, si je ne me trompe, à cette conclusion : que l'allopathie est conduite par ses immenses travaux, à l'acceptation des principes que l'homœopathie défend depuis plus d'un demi-siècle.

Le résultat de cette étude a donné aussi une nouvelle preuve du peu de fondement des reproches adressés à Hahnemann au sujet de ses travaux pathologiques. Certes, ce n'est pas au moment où les matériaux si patiemment et si savamment recueillis par nos adversaires, servent à consolider l'édifice élevé par le fondateur de l'homœopathie, qu'on est en droit de

parler de ses erreurs. Ce n'est pas au moment où la science officielle vient lui rendre un hommage involontaire et forcé, qu'il est possible de soutenir que Hahnemann a négligé l'étude des maladies, ou qu'il n'a rien su dire d'exact au point de vue pathologique. Ce n'est pas enfin, lorsqu'il est établi que tous les préceptes enseignés par lui au sujet des maladies vénériennes sont rigoureusement vrais, qu'on peut être en droit de rejeter la doctrine des maladies chroniques, à laquelle la syphilographie a toujours servi de base.

Un autre soin nous est maintenant imposé. Après avoir recueilli les enseignements de Hahnemann au sujet de la pathologie, il nous faut rechercher quels progrès, plus grands encore, il a su imprimer à la thérapeutique.

CHAPITRE V.

Thérapeutique générale.

§ I.

PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

La thérapeutique des maladies vénériennes a toujours été envisagée à un double point de vue ; les médecins s'étant proposé non-seulement de la guérir, mais encore de la prévenir; ce qui oblige à l'examiner comme prophylaxie et comme méthode curative.

Le traitement préservatif a souvent préoccupé les praticiens ; au moins ont-ils été fréquemment mis en demeure de se prononcer sur des procédés divers, ayant tous pour objet de donner à la débauche une immunité à laquelle néanmoins elle n'a jamais pu atteindre.

Il serait désirable, sans aucun doute, de pouvoir affranchir l'humanité d'un fléau aussi terrible que celui de la syphilis, mais ce résultat ne peut être dû qu'aux progrès qui pourront s'opérer dans la vie morale des individus. La science n'y fera jamais rien ; et dût-elle arriver, sous ce rapport, à une découverte réelle, que l'espèce humaine, affranchie de toute crainte, se trouverait sous le poids des tristes conséquences d'une

passion qui n'abandonne ses victimes qu'après avoir épuisé leurs forces physiques et morales.

On ne pourrait le dire trop haut pour l'honneur de la médecine et le salut des générations qui se succèdent, de semblables moyens n'ont point été découverts. Tous ceux qu'on a recommandés, depuis les précautions de surveillance administrative imposées aux prostituées (1) jusqu'à la syphilisation, tous ces procédés ont échoué. La continence ou le mariage chrétiennement observé, restent les seules conditions qui conduisent d'une manière certaine à l'immunité absolue.

Aussi n'est-ce pas de ce point de vue que les homœopathes ont envisagé le problème de la préservation. Lorsqu'ils ont parlé de ce sujet, ils ont toujours eu en vue des maladies congéniales et seulement elles. C'est à la psore héréditaire que le docteur Gastier a voulu adresser sa méthode prophylactique (2); c'est aussi aux affections vénériennes transmises des parents à l'enfant que nous devons appliquer les ressources de l'homœopathie.

Mais alors nous rentrons en quelque sorte dans le traitement curatif; car empêcher, chez un enfant, le développement de l'action du virus, c'est détruire le germe pathogénique qu'il a reçu de ses parents; en un mot, c'est le guérir.

(1) Voy. *De la prostitution dans la ville de Paris*, par Parent-Duchâtelet, 2e édition. Paris, 1858.

(2) *De la méthode prophylactique*, par le docteur Gastier (de Thoissey).

Tout se borne alors à détruire le virus sans lui permettre de sortir de l'état latent, état dans lequel il se trouve souvent au moment de la naissance. On comprend que ce résultat sera d'autant plus certain que le traitement sera plus direct. La difficulté réelle se trouvera dans le choix du médicament et dans son mode d'administration; double problème que je ne puis aborder dès à présent, mais que j'aurai à examiner plus tard, lorsque je m'occuperai de la thérapeutique de la syphilis à l'état latent. Entrer dans de plus grands détails, serait empiéter sur le traitement curatif, dont je dois maintenant poser les règles générales.

§ II.

TRAITEMENT CURATIF.

Le seul problème que nous ayons à examiner dans ce chapitre se réduit à des termes fort simples, et peut ainsi se formuler : l'homœopathie offre-t-elle tous les principes nécessaires pour procéder au traitement des maladies vénériennes, les guérit-elle mieux que ne le fait l'allopathie ?

Pour répondre à cette question, il faut se rappeler que le médecin, au lit du malade, a trois choses à faire : choisir le médicament approprié au cas particulier dont il est témoin, en diriger l'administration, enfin, tracer le régime ; qu'ainsi, se demander si l'homœopathie est plus apte que l'allopathie à diriger le traite-

ment d'une maladie vénérienne, revient à rechercher si elle est plus en état d'éclairer le praticien relativement à la solution des trois problèmes que je viens de rappeler.

A. Choix du médicament. — En allopathie, le médecin est bien plus préoccupé de chercher une médication qu'un médicament. La première étant déterminée, il choisit parmi les divers agents qu'elle lui offre, et cela en raison des résultats de son expérience personnelle.

Or, cette médication est toujours en rapport avec les opinions pathologiques auxquelles il s'est arrêté; elle découle de la nature qu'on accorde à la maladie elle-même. La vérole étant considérée comme une affection virulente et spécifique, on lui oppose un traitement interne et spécifique, avec cette restriction cependant que l'action du virus étant primitivement locale, il est possible de détruire la maladie sur place, dans les premiers moments de son existence. La blennorrhagie, paraissant être une maladie locale sans spécificité, est combattue par des agents empruntés à la médecine substitutive ; tandis que le chancre mou, dont on fait une affection virulente et locale, est traité par des applications caustiques très-énergiques. Quant aux végétations, on ne les traite pas : on les excise ou on les brûle ; la médecine abdique, à leur égard, en faveur de la chirurgie.

Il est juste de dire que la thérapeutique, telle qu'on la suit ordinairement, est bien quelquefois en opposition avec la pathologie. L'emploi du copahu et du

cubèbe dans la blennorrhagie en est la preuve. Quoi qu'on en dise, ces médicaments ont une action spécifique à laquelle il faudrait renoncer, si la gonorrhée était l'effet de toutes les causes capables d'irriter les muqueuses ; les injections elles-mêmes ont bien quelques propriétés spéciales, en vertu desquelles on choisit une substance de préférence à toute autre.

Mais ce qu'il y a de plus saillant, c'est qu'en suivant une semblable méthode, on ne guérit pas. Hunter en convient sans peine pour les végétations (1). Les blennorrhées, si fréquentes et si tenaces, les rétrécissements de l'urètre, le rhumatisme et l'ophthalmie secondaire blennorrhagique le prouvent quant à la gonorrhée ; enfin, M. Ricord le reconnaît pour la vérole : ainsi qu'il le dit, il faut « que la profession « respecte la science ; et la science ne promet qu'une « immunité *probable*, au prix du meilleur traite- « ment (2). »

Il est donc bien vrai, l'allopathie ne guérit pas les maladies vénériennes. Elle soulage, pallie, mais elle ne détruit pas à tout jamais ce qui constitue le fond de l'état pathologique, la cause des différentes formes sous lesquelles il peut paraître. A quoi tient cette impuissance ?

Pour la blennorrhagie, les végétations et le chancre mou, on peut en trouver la raison dans les erreurs pathologiques professées à leur sujet. Comme il est tout à fait faux que ces maladies soient locales,

(1) Voy. *Traité de la maladie vénérienne*, p. 497.
(2) *Leçons sur le chancre*, p. 210.

comme elles tiennent toutes à l'infection de l'organisme par un virus *sui generis*, il n'est pas surprenant qu'on ne puisse arriver à les guérir lorsqu'on se borne à nier l'existence de ces causes, lorsqu'on rejette la spécificité de ces affections.

Comme, d'un autre côté, il n'est pas exact de dire que l'action des virus soit primitivement locale; comme, au contraire, ceux-ci doivent infecter l'organisme avant de donner naissance à une altération de tissu, on comprendra que s'attaquer à cette dernière ne puisse conduire à un résultat heureux, à autre chose qu'une palliation momentanée.

Je dirai plus, lorsque M. Ricord pose en principe la destruction du chancre du *premier au quatrième jour de la* CONTAGION, il donne un précepte souvent inutile. Il est bien rare, en effet, que ce chancre paraisse avant la fin du premier septénaire qui suit le coït, par conséquent, le contact; ce qui rend ce procédé bien rarement applicable.

Ce qu'il y a de plus merveilleux encore, c'est que le même auteur veuille faire de la cautérisation hâtive un moyen prophylactique de la vérole, tout en recommandant de l'appliquer seulement jusqu'à ce que le chancre s'indure. « Dès que l'induration s'est pro-
« duite, ajoute-t-il, la vérole est acquise, et dès lors,
« que vous cautérisiez ou que vous excisiez le chancre,
« vous ne faites plus que détruire *un symptôme*, sans
« prévenir la diathèse (1). »

(1) *Loc. cit.*, p. 208.

Mais tant que l'ulcère ne s'est point induré, il est impossible de savoir s'il n'appartient pas à la classe des chancres mous, impossible aussi de déterminer s'il sera, ou non, suivi de symptômes constitutionnels; l'absence de ces derniers ne prouve donc pas la puissance de la cautérisation.

Celle-ci étant abandonnée, soit parce que la maladie est nettement caractérisée, soit parce que le médecin n'y a plus confiance, ce qui est arrivé à M. Diday, le traitement entre dans une voie nouvelle. Comme le dit M. Ricord : « La médication locale passe au se-« cond plan, et le traitement de la diathèse devient « l'indication capitale à satisfaire (1). » Deux médicaments se présentent alors : le mercure et l'iodure de potassium ; « le traitement mercuriel réservé au « chancre induré et aux accidents secondaires ; — « l'iodure de potassium appliqué aux accidents ter-« tiaires ; — un traitement mixte par le mercure et « l'iodure de potassium contre les accidents secon-« daires tardifs, ou alors qu'il existe en même temps « des accidents tertiaires (2). »

Deux médicaments pour combattre une maladie qui revêt des formes aussi diverses que celles de la vérole, c'est bien peu assurément ; et l'on n'est pas surpris, en face d'un si petit nombre de moyens, de trouver la thérapeutique impuissante.

Mais comment, dira-t-on, depuis quatre siècles qu'on traite et qu'on étudie la vérole, est-on parvenu

(1) *Loc. cit.*, p. 208.
(2) *Lettres sur la syphilis*, p. 280.

à un aussi faible résultat? La raison en est facile à donner : c'est que, dans l'école officielle, on n'a pas une définition pratique des spécifiques, et qu'on ne possède ni une loi ni une méthode capables de conduire à la découverte d'agents de cet ordre; qu'on est ainsi livré aux bienfaits du hasard, et celui-ci n'est pas toujours généreux.

Définir le spécifique : « *Un médicament qui exerce* « *une action spéciale sur telle ou telle maladie en parti-* « *culier, et qui en prévient le développement ou en pro-* « *cure presque constamment la guérison* (1), » ce n'est qu'exprimer un résultat, sans rien apprendre relativement aux caractères de cette *action spéciale*, sans expliquer pourquoi cette substance, *qui procure presque constamment la guérison*, ne guérit pas toujours.

Si le médecin s'adresse à la loi des contraires pour trouver la raison de ses succès, il le fait en vain. Pourquoi, en effet, le mercure serait-il le contraire de la vérole? Parce qu'il la guérit? Mais c'est une hypothèse; hypothèse d'autant plus insoutenable, que cette guérison elle-même est incertaine. Il y a plus, si l'on compare les effets du médicament aux symptômes de la maladie, il faudra reconnaître que le traitement des affections vénériennes par les spécifiques ruine complétement le principe de Galien.

Le mercure possède, tout le monde le sait, le principe de faire naître sur l'homme sain des symptômes nombreux; il altère la composition du sang; mais il

(1) Diction. de Nysten, mot *Spécifique*.

le fait exactement comme le virus syphilitique lui-même ; il produit des ulcérations sur les muqueuses ; mais ces ulcérations sont tellement semblables à celles de la syphilis, qu'il est parfois difficile de les distinguer. Le mercure cause aussi des éruptions cutanées et des altérations du système osseux, tous symptômes dont il est facile de trouver les analogues dans le tableau de la vérole.

On pourrait étendre ces comparaisons aux autres maladies vénériennes, et l'on verrait alors que l'injection astringente ou caustique n'est pas plus le contraire de la gonorrhée que l'excision n'est le contraire du condylome.

Ce qui augmente encore les incertitudes du médecin, c'est que la science officielle ne lui offre pas une méthode assurée pour le diriger dans ses recherches. Elle dit bien, il est vrai, qu'il faut observer et expérimenter ; mais, comme elle ne trace pas les conditions essentielles de l'observation et de l'expérience, chacun étudie à son gré, et prend pour vérité absolue ce qu'il a vu ou ce qu'il a cru voir. Le résultat ainsi obtenu étant tout individuel, on voit souvent l'expérience se démentir elle-même et renverser les idoles qu'elle avait un moment élevées.

N'est-ce pas au nom de l'expérience que la vérole fut traitée d'abord à l'aide des médications complexes de la médecine galénique, plus tard par le mercure, auquel Paracelse attachait un si grand prix ? N'est-ce pas aussi au nom de l'expérience qu'Ulrich de Hutten essaya de remplacer le mercure par le gaïac, et que,

récemment encore, M. Chrestien, de Montpellier, a vanté les bons résultats de l'or? N'est-ce pas pour le même motif que l'iodure de potassium vient partager aujourd'hui la fortune du mercure, et se substituer à lui dans les accidents tertiaires de la vérole? Il ne serait pas nécessaire d'avoir le don de prophétie pour assurer que la science ne s'arrêtera pas en chemin; qu'elle essayera encore bon nombre d'agents, livrant ainsi le médecin et le malade à des résultats sans contrôle et à des tâtonnements sans fin.

Ses révélations, du reste, restent toujours incomplètes. Si elle a permis de dire : « L'agent spécifique de « la vérole naissante, c'est le mercure (1), » elle n'a pas mis en état de s'arrêter de préférence à l'une ou à l'autre des préparations pharmaceutiques de ce médicament. Chaque médecin, se laissant conduire par la somme des succès qu'il a obtenus, s'arrête à quelque formule qu'il répète sans cesse. On a ainsi la liqueur de Van Swieten et les pilules de Dupuytren, les formules de M. Ricord et celles de M. Velpeau; mais, en définitive, on n'a pas un traitement de la syphilis.

Si je ne m'abuse, il est facile de comprendre maintenant les motifs de la faiblesse de la thérapeutique officielle, qui ne peut ni trouver le spécifique d'une maladie, ni choisir le médicament approprié à chaque malade. Nous sommes donc forcés de chercher ail-

(1) Ricord, *loc. cit.*, p. 208.

leurs, et de nous demander si l'homœopathie ne serait pas plus précise et plus utile.

Elle ne peut l'être moins à coup sûr. Il n'est même pas nécessaire de l'avoir étudiée pendant longtemps pour savoir qu'elle a une réponse pratique à chacune des questions précédentes, qu'elle possède une notion exacte du spécifique, une loi et une méthode capables de le faire découvrir pour chaque cas individuel.

Pour Hahnemann, comme on le sait, un spécifique est un médicament qui a la faculté de causer chez un homme sain l'ensemble des symptômes qu'il a puissance de détruire chez un malade. Le fondateur de l'homœopathie a même vu dans ce double pouvoir les caractères essentiels d'une substance médicinale, ceux qui la distinguent des aliments; ce qui lui a fait dire : « Quæ corpus merè nutriunt alimenta ; quæ vero « sanum hominis statum (vel parva quantitate ingesta) « in ægrotum, ideòque et ægrotum in sanum mutare « valent, medicamenta appellantur (1). » D'où il résulte que, pour arriver à connaître les propriétés d'un médicament, il ne suffit pas de le donner à un malade et d'observer ensuite ce qui va se passer ; mais qu'il est nécessaire de l'expérimenter sur l'homme sain, de comparer ensuite les effets qu'il aura produits aux symptômes des maladies naturelles, afin de s'arrêter de préférence à celui dont les effets offriront avec ces dernières une complète similitude.

(1) *Fragmenta de viribus medicamentorum positivis*, etc., à Samuele Hahnemann, M. D. Londini, 1834, *Edidit Quin. Præfatio auctoris.*

Si, dans le cours de cette comparaison, on tient compte des caractères constants, fondamentaux de la maladie, de ceux qui sont déterminants pour fixer le diagnostic pathologique, on arrive à reconnaître les médicaments qui peuvent convenir à la diathèse; mais ces médicaments sont alors nombreux.

Pour la syphilis, ce n'est plus seulement le *mercure* et l'*iodure de potassium*, mais encore le *lachesis*, l'*or*, la *staphysaigre*, l'*acide nitrique*, etc.; pour la blennorrhagie, on ne s'arrête pas exclusivement au *copahu* et au *cubèbe*, mais encore au *cannabis*, au *natrum muriaticum*, à la *cantharide*, à la *pulsatille*, etc.; tandis que le *lycopode*, l'*acide nitrique*, le *thuya occidental*, etc., se trouvent en rapport direct avec la sycose. Il faut ensuite tenir compte des symptômes particuliers : de la période à laquelle la maladie est parvenue, de sa forme, du siége qu'elle occupe, puis de la constitution du malade, des conditions d'aggravation et de soulagement de chaque symptôme, des souffrances les plus accessoires, pour arriver à choisir au milieu des différentes substances qu'on avait tout d'abord reconnues.

On voit par là que l'homœopathie possède une notion pratique du spécifique, ce que l'allopathie ignore; qu'elle a une méthode et une loi pour arriver à reconnaître les médicaments appropriés à chaque espèce morbide et à chaque individualité de cette espèce; qu'elle peut ainsi conduire le médecin à choisir le médicament convenable pour chacun des cas qu'il devra traiter.

Il est évident aussi que la doctrine de Hahnemann, envisagée au point de vue thérapeutique, le seul qui nous occupe en ce moment, est aussi complète que pour la pathologie elle-même ; que si elle est en contradiction avec les théories, elle est en rapport exact avec les faits ; de plus, qu'elle est suffisante pour la pratique.

Pour qu'il en fût autrement, il faudrait qu'il y eût des maladies sans symptômes et des médicaments sans puissance pathogénique ; ce sont là des anomalies qui ne se rencontrent pas quand il s'agit de maladies vénériennes, lesquelles se présentent toujours avec quelque signe extérieur, alors même qu'on les dit à l'état latent.

Si l'on arrivait un jour à prouver sous quelque rapport l'insuffisance des principes hahnemanniens, ce n'est pas en revenant sur ses pas, en rétrogradant jusqu'à l'allopathie, qu'on parviendrait à combler ces lacunes ; car on ne trouverait plus alors sur son chemin que la médecine rationnelle et la loi des contraires, toutes deux également impuissantes à nous conduire au but, c'est-à-dire au choix des moyens de guérison.

J'ai supposé jusqu'ici que la maladie vénérienne existait chez un sujet exempt de toute autre diathèse ; mais il en est bien rarement ainsi. En fait, il y a peu d'hommes qui jouissent d'une santé irréprochable, bien peu qui n'aient eu à souffrir d'éruptions herpétiques ou de quelque symptôme scrofuleux.

Ainsi que je l'ai indiqué plus haut, lorsque plu-

sieurs virus se rencontrent dans l'économie, ils s'ajoutent. La maladie qu'il faut traiter ne se présentant plus alors dans un état de complète simplicité, son traitement devient de plus en plus difficile. D'après l'enseignement de Hahnemann, il faut alterner avec prudence les médicaments qui sont en rapport avec chacune de ces diathèses, sans cela la guérison n'est pas possible.

Si, par exemple, la syphilis frappe sur un sujet psorique, notre maître recommande de débuter par l'administration du soufre pour arriver ensuite à celle du mercure. Après ces deux médicaments, il faut en choisir d'autres qui se trouvent toujours en rapport avec les formes revêtues par chaque diathèse.

L'état morbide est-il plus complexe encore? se compose-t-il de psore, de syphilis et de sycose? la même méthode doit être observée. On doit toujours commencer par un antipsorique, passer ensuite aux antisyphilitiques et terminer par les antisycosiques, tous étant choisis en raison de l'ensemble des symptômes présentés par le malade.

Il est encore une autre circonstance qui s'offre bien souvent au médecin homœopathe. Tout le monde sait qu'il est presque d'usage de recourir à lui en dernier ressort, et seulement après avoir épuisé les ressources de la médecine officielle; comme celle-ci n'épargne pas les doses de médicament, le malade est presque toujours alors sous une double influence : celle de la maladie et celle des agents employés.

Hahnemann recommandait de débuter, en pareil cas, par un traitement antidotique, afin de ramener la maladie à ce qu'elle est en réalité, et de ne pas se laisser tromper par des signes qui ne lui appartiennent pas.

Ce précepte est d'autant plus sage qu'il arrive souvent que, les souffrances, du malade étant dues presque entièrement à l'exubérance de l'action médicatrice, il suffit d'effacer cette dernière pour obtenir la guérison.

Ainsi, lorsqu'il s'agit de tracer le traitement homœopathique d'une maladie vénérienne, il faut distinguer trois cas différents :

1° La maladie existe sur un sujet exempt de toute autre affection chronique ; dans ce cas, on choisit le médicament d'après la loi des semblables, s'arrêtant à celui qui a puissance de produire sur l'homme sain tous les symptômes qui existent chez le malade ;

2° Le virus a frappé sur un sujet psorique, blennorrhagique ou sycosique ; dans ce cas, il faut s'adresser successivement aux médicaments qui sont en rapport direct avec chacune de ces diathèses ;

3° Enfin, le malade a suivi un traitement antérieur et se trouve soumis aux effets propres aux médicaments dont il a fait usage : il faut toujours alors débuter par les antidotes de ce dernier, et n'administrer les substances appropriées à la maladie qu'après avoir ramené cette dernière à son état réel.

Mais il est dans la nature de l'esprit humain d'exagérer les vérités les mieux assises ; l'homœopathie n'a pas échappé à cette loi.

Hahnemann avait posé la vérité du *simile;* quelques-uns de ses disciples voulurent aller plus loin, et proclamèrent le *simillimum*, substituant ainsi l'isopathie à l'homœopathie.

Cette innovation, si justement condamnée par le maître, est tellement abandonnée aujourd'hui, que j'aurais dû la passer sous silence, si deux de nos collègues, MM. Escallier et Desterne, n'avaient voulu expliquer à son aide les succès de la *syphilisation.* Je n'aurais même pas insisté sur ce dernier mode de traitement, si l'un de ses partisans n'avait essayé de le rattacher à la découverte de Hahnemann; si, comme il le dit lui-même, il n'avait voulu lui donner l'homœopathie *pour appui, ou, si l'on veut, pour complice* (1).

En présence de ces deux faits, il devenait impossible de garder le silence, de ne pas rechercher quelle est la valeur réelle de ce procédé thérapeutique, et jusqu'à quel point il convient de le rattacher à l'homœopathie ou à l'isopathie.

La syphilisation, comme chacun le sait, a pour objet de guérir la vérole, en inoculant au malade, d'une

(1) Marchal (de Calvi), *Lettre à l'Académie de médecine.* Le même auteur, parlant au sein de la commission chargée par M. le préfet de police de se prononcer sur la découverte de M. Auzias-Turenne, avait dit : « Le principe de la syphilisation, « qui n'est *autre que la grande loi homœopathique*, *Similia* « *similibus*, dans sa plus haute expression, a fait naître dans « mon esprit des espérances dont il n'a pas voulu, dont il ne « veut pas se défendre... » (Rapport à M. le préfet de police sur la syphilisation, p. 95.)

manière presque indéfinie, le pus emprunté à un chancre primitif. Ces inoculations ont été parfois si nombreuses, qu'elles ont dépassé deux mille chez un même sujet.

Il semblerait qu'il fût très-facile de prononcer sur la valeur d'un semblable moyen, qu'il dût suffire pour cela d'observer quelques malades. Il paraît cependant que ce procédé a été infructueux, car le désaccord le plus complet règne toujours parmi les syphilographes. Tandis que le plus grand nombre des médecins français, M. Ricord à leur tête, repoussent une semblable pratique, MM. Auzias-Turenne, Boëck, Sperino, la défendent avec conviction.

La lecture des observations publiées par chacun de ces auteurs prouve une seule chose : c'est que les inoculations multipliées de pus primitif et le développement d'un grand nombre de chancres ont une influence manifeste sur la marche de la vérole.

Si cette affection est à sa première période, l'induration disparaît et le chancre se cicatrise ; si elle est parvenue à l'état secondaire ou tertiaire, la santé générale du syphilisé s'améliore notablement, et les altérations organiques diminuent ou disparaissent.

Faut-il conclure de ces changements à une guérison durable ? Personne n'oserait l'affirmer. Pour guérir la syphilis, il faut anéantir le virus et détruire l'impression dynamique causée par lui ; on ne peut, en vérité, espérer d'atteindre à ce but par la syphilisation. Aussi les promoteurs de ce procédé ont-ils affiché une prétention unique : celle de rendre nulle

la réceptivité de l'organisme pour le virus syphilitique. En réalité, ils n'ont fait qu'une chose : maintenir le malade sous l'influence de l'action primitive du virus, comme on le tient parfois sous l'action première d'un médicament, dont on répète sans cesse la dose.

Or, tout le monde convient qu'au moment où l'on suspend l'administration de la substance active, les réactions commencent. Pourquoi en serait-il autrement avec les virus ? N'a-t-on pas vu déjà des femmes inoculées par M. Sperino, et chez lesquelles les piqûres d'inoculation elles-mêmes se sont rouvertes dès qu'on a cessé la syphilisation? Pourquoi ce qui s'est produit ici d'une manière hâtive, n'aurait-il pas lieu plus tard par la réapparition de symptômes secondaires ou tertiaires ?

Ce qu'il y a de certain, c'est que la syphilisation ne peut détruire le virus syphilitique; qu'elle ne peut, en conséquence, guérir la vérole. Elle trouble la marche de la diathèse, cela n'est pas douteux, mais son pouvoir ne peut aller au delà. Elle laisse donc le malade exposé à toutes les chances d'une infection complète, allant jusqu'à la saturation de l'organisme.

Ce danger existe non-seulement pour le malade, mais aussi pour ses descendants; grave objection qui n'a point échappé aux syphilisateurs, mais qu'aucun d'eux n'a osé résoudre en faveur de ses opinions.

Si j'ajoute que les effets obtenus ne l'ont pas été sans peine, et sans faire parfois courir au malade de

grands dangers, on comprendra pourquoi la syphilisation n'a pas rencontré de nombreuses sympathies.

Ces dangers, notre confrère, M. Desterne, les a ainsi résumés :

« Des diarrhées abondantes, des ulcères phagédé-
« niques ou gangréneux, succédant aux chancres
« d'inoculation, des mouvements fébriles violents et
« simulant dans quelques cas des accès de fièvre in-
« termittente pernicieuse, à la suite desquels deux
« ou trois malades sont emportés. Dans d'autres cas,
« des malades languissants des mois entiers avec des
« ulcérations secondaires dans la gorge, une iritis exi-
« geant l'intervention des saignées répétées et de la
« pommade mercurielle, tels sont, en peu de mots,
« les accidents qui ressortent du dépouillement des
« quatre-vingt-douze observations de M. Sperino sur
« les suites de l'inoculation (1). »

N'en est-ce pas assez pour faire rejeter la syphilisation comme agent curatif de la syphilis, du moment surtout où il est établi que ce moyen pallie, mais qu'il ne peut guérir ?

Peut-être y aurait-il néanmoins une place à lui donner dans le traitement de quelques syphilitiques.

Si je ne me trompe, le *syphilin*, proposé par MM. Escallier et Desterne, pourrait être utilisé au même titre que l'a été le *psoricum* dans les maladies chroniques non vénériennes. Mais ce dernier agent

(1) Voy. *Isopathie et syphilisation*, par le docteur Desterne, in *Journal de la société gallicane de médecine homœopathique*, t. II, 2e série, p. 360.

n'a point été considéré comme curatif par ceux-là mêmes qui l'ont employé ; il ne leur a jamais servi qu'à imprimer une modification à des affections chroniques invétérées, lesquelles paraissaient résister à l'emploi des médicaments. C'était en quelque sorte un moyen de rapprocher la maladie de son état primitif, sur lequel les médicaments agissent plus aisément et plus sûrement. Aussi, M. de Bœnninghausen, en permettant l'emploi du *psoricum*, avait-il soin de recommander de donner immédiatement après une dose de soufre. J'ajouterai qu'on ne devrait point oublier ce conseil en faisant usage du *syphilin*, qui devrait être bientôt suivi de l'administration de son antidote, le mercure.

Les résultats de la syphilisation ainsi appréciés, il resterait à en trouver la raison. Plusieurs explications pourraient en être données. Les uns y verront peut-être une action dérivative exercée par les chancres nombreux dus à l'inoculation ; d'autres diront que ce moyen ayant presque toujours été employé sur des sujets saturés de mercure, le virus a agi comme antidote de ce médicament. Quoi qu'il en soit de ces explications et de celles que l'on présentera encore, un fait restera établi, c'est que la découverte de M. Auzias-Turenne ne rentre ni dans le domaine de l'homœopathie ni dans le domaine de l'isopathie, comme il est facile de s'en convaincre.

Pour syphiliser un malade, le seul virus qu'il soit possible d'employer est celui du chancre mou, celui de l'ulcère induré ne pouvant être inoculé plusieurs

fois de suite au même sujet. Or, ce pus, qu'on emploie pour guérir la vérole, ne peut en produire les effets sur l'homme sain; il n'y a donc pas alors d'action homœopathique, comme l'a cru, à tort, M. Marchal (de Calvi). Il faut, par conséquent, abandonner cette tendance qui a fait donner la doctrine de Hahnemann pour appui à une mauvaise cause, et qui aurait fait comprendre dans une même réprobation une erreur et une grande vérité.

On pensera peut-être que la syphilisation doit être en rapport plus direct avec l'isopathie. En fût-il ainsi, cela ne prouverait pas beaucoup en sa faveur; mais cet appui lui fait encore défaut.

L'application du *simillimum* suppose, en effet, que la maladie est combattue par sa cause ou par un de ses produits. On la traite par sa cause quand on donne le *psoricum* dans une affection psorique, on la traite par un de ses produits lorsqu'on veut guérir un eczéma en faisant prendre au malade quelques-unes des croûtes recueillies sur lui-même, et qu'on les lui administre après les avoir dynamisées. Or, la syphilisation n'a point de part à une pratique si rebutante, car le pus du chancre mou n'est point un produit de la vérole; et comme le virus d'un ulcère simple diffère profondément de celui que sécrète un chancre induré, on ne peut dire non plus que le résultat du traitement soit d'opposer à la maladie sa cause elle-même.

Ainsi, non-seulement la syphilisation est d'une efficacité plus que douteuse, mais encore elle ne rentre

ni dans les principes de l'homœopathie ni sous les lois de l'isopathie ; c'est un moyen énanthiopathique, ainsi que l'aurait dit Hahnemann, et rien de plus.

Le mieux, lorsqu'on veut traiter la vérole avec fruit, est donc de recourir à l'usage des médicaments, et pour choisir avec certitude celui qui sera le plus efficace, la seule voie à suivre consiste à observer la loi des semblables, en s'appuyant d'une part sur l'expérimentation pure, de l'autre sur l'individualisation pathologique, ainsi que Hahnemann l'a enseigné.

B. Mode d'administration des médicaments.—Fixer la manière dont un agent de guérison doit être administré consiste à déterminer la forme la plus favorable à son action, la manière dont il devra pénétrer dans l'organisme, la dose à laquelle il conviendra de le donner.

« Quoique le mercure agisse foncièrement et d'une « manière indépendante *des formes* sous lesquelles « on peut l'administrer, il n'en est pas moins vrai, « dit M. Ricord, que le choix de ces formes n'est pas « chose indifférente. Tel individu qui reste réfractaire « à l'une d'elles est fortement impressionné par une « autre, et ne subit d'effet médicamenteux ou curatif « que de celle qui est le mieux appropriée à sa con- « stitution (1). »

Malheureusement, le même auteur a dû ajouter : « Il n'y a ni dose, *ni forme pharmaceutique*, ni durée

(1) *Loc. cit.*, p. 208.

« de traitement, qui donne à coup sûr l'immunité, « quelles que soient d'ailleurs l'attention du médecin « à diriger la médication, et la docilité du malade à « l'observer (1). » Ce qui revient à dire que la *forme* du médicament a une importance relative et qu'on n'a aucun moyen positif de reconnaître celle qui sera la meilleure. Aussi les uns emploient-ils les pilules de préférence (2), d'autres les préparations liquides, d'autres les pommades ou les fumigations, etc.

La manière de faire pénétrer le médicament dans l'organisme n'est point non plus toujours la même. La voie la plus ordinaire est l'estomac. Si l'état des fonctions digestives ne permet pas de la suivre, on a recours aux frictions ; personne, enfin, n'ignore l'emploi, si souvent malheureux, des fumigations de cinabre.

Rien de fixe, par conséquent, sous ce rapport.

La dose est chose plus difficile encore à déterminer. « Il n'est certainement pas, pour le mercure, « non plus que pour tout autre médicament, de dose « fixe, invariable, qui influence toutes les constitu- « tions et qui guérisse dans tous les cas (3). » Cela est vrai ; aussi M. Ricord agit-il très-prudemment en recommandant de commencer par une dose faible, afin d'apprécier la susceptibilité du malade, d'aller en augmentant jusqu'à ce qu'on ait obtenu une amé-

(1) *Loc. cit.*, p. 220.

(2) Dupuytren, par exemple.

(3) Ricord, *loc. cit.*, p. 216. On s'étonne alors de voir le même auteur recommander plus tard (p. 221) un traitement mercuriel de six mois, suivi d'un traitement ioduré de trois mois.

lioration, de s'en tenir alors à la dose qui soulage, et de ne la changer qu'autant qu'on observerait un état stationnaire. Il est très-prudent aussi de donner le conseil de suspendre le médicament aussitôt qu'on aperçoit quelqu'un des effets qui lui sont propres, en particulier la salivation. « Il est d'obser-« vation, en effet, et d'observation rigoureuse, que « *l'action curative du mercure est généralement sus-« pendue dès que les symptômes morbides qui appar-« tiennent en propre au médicament commencent à se « produire* (1); vérité importante, que Hunter et Hahnemann avaient indiquée bien avant M. Ricord. Tels sont les préceptes de l'école allopathique relativement au mode d'administration des médicaments; voyons maintenant quels sont, à ce sujet, les enseignements de l'homœopathie.

Dans la pensée de Hahnemann, la forme et le mode d'administration des médicaments doivent être en rapport avec l'effet qu'on veut en obtenir. Le but étant d'utiliser l'action générale de chaque substance, en évitant ses effets locaux; de rechercher son influence dynamique et non sa puissance perturbatrice, tout se réduit à faire prendre l'agent médicinal sous une forme telle qu'il soit rapidement absorbé. De cette manière, on évite son contact avec l'estomac, et les troubles organiques qui pourraient en être la conséquence. Ainsi que notre maître l'a dit depuis longtemps, « la préparation mercurielle la plus certaine

(1) Ricord, *loc. cit.* p. 214.

« dans son action, la plus énergique et la moins per-
« turbatrice, sera celle qui donnera à ce métal la
« faculté de se dissoudre dans les liquides de l'esto-
« mac, et d'être ensuite facilement absorbée, celle
« dont les effets chimiques seront le moins marqués,
« mais qui permettra au médicament de déployer
« toutes ses propriétés spécifiques (1). »

Ce qui est vrai du mercure l'est aussi des autres agents de la thérapeutique; le principe général est donc de choisir, pour forme des médicaments antivénériens, celle qui répondra le mieux aux conditions précédentes. Le moyen d'y parvenir est de faire usage des dilutions et des triturations homœopathiques, dans lesquelles la substance active est réduite à un état moléculaire avec lequel son passage dans la circulation est facile, avec lequel, par conséquent, on évite ses effets organiques, tandis qu'on obtient toute sa puissance dynamique et spécifique.

Le médecin homœopathe n'a plus qu'à rechercher alors à quelle dynamisation il doit accorder la préférence. Sous ce rapport, il règne en homœopathie une opinion assez générale, que M. Iahr a nettement formulée, c'est qu'il faut employer le mercure à de basses atténuations, même à l'état brut, lorsqu'on traite la syphilis, et qu'il faut réserver les dilutions plus élevées pour la blennorrhagie et pour la sycose.

Cette différence est justifiée sans doute par l'ob-

(1) Voy. *Traité de la maladie vénérienne*, p. 55.

servation; mais elle ne prouve qu'une chose, c'est que le mercure n'est pas le seul médicament qu'il faille employer pour guérir la syphilis. J'ajouterai qu'en le donnant à l'état brut, sans l'avoir dynamisé, on rentre dans l'allopathie d'une manière qui n'est pas très-heureuse, et qu'on devient plus allopathe que les membres de l'Académie de médecine eux-mêmes.

On trouve, en effet, dans les bulletins de la savante compagnie, un rapport récent sur l'introduction des médicaments dans le lait, par l'assimilation digestive (1), rapport dans lequel il est positivement reconnu, comme un *fait bien démontré,* « que les enfants atteints de syphilis et qui sucent le lait des « nourrices qui subissent un traitement mercuriel, « guérissent, » ainsi que l'ont proclamé autrefois MM. Moreau, Londe, Lagneau, et, avant eux, Swédiaur, Biett et Lebreton.

Or, le médicament, on peut le dire, se trouve alors dans un état très-analogue à celui où il est réduit dans les préparations homœopathiques; il est divisé par l'absorption, la circulation et la sécrétion mammaire comme, dans l'autre cas, il l'est au moyen de la trituration et de la dilution prolongées et répétées. De plus, il y est à des doses si minimes, que des chimistes habiles, M. Péligot, entre autres, n'ont pas toujours pu démontrer chimiquement sa présence.

(1) *Rapport de M. Bouley sur un travail de M. Labourdette*, t. XVIV, p. 746.

La conclusion de cette remarque, c'est que le mercure, quand il est approprié, guérit à des doses infinitésimales, et qu'il est inutile de le donner à l'état brut.

M. Diday a même été plus précis sur cette question. M. Cullerier avait rejeté ce mode d'administration des mercuriaux par cela seul que l'analyse n'avait découvert dans le lait médicamenteux que des traces *infinitésimales* du médicament. « Mais, répond le « chirurgien lyonnais, pensez-vous donc que l'ana- « lyse ait tout révélé ? Savez-vous si d'autres moyens « n'auraient pas mis à nu une plus grande quantité « de métal ?..... De quel droit m'interdirait-on « d'espérer que demain un système plus parfait d'a- « nalyse pourra y en démontrer une proportion plus « considérable ?

« Mais il y a plus : admettons, je le veux, que la « chimie ait, dès à présent, dit son dernier mot. Cette « quantité *infinitésimale* de mercure doit-elle être ap- « préciée, *quant à sa puissance curative*, à l'égal des « sels que nous dissolvons dans nos laboratoires ? Une « extrêmement petite quantité de soufre ou d'alcali « contenu dans les eaux de Baréges ou de Vichy gué- « rit en vingt-cinq ou trente jours des affections ré- « fractaires jusque-là aux plus hautes doses *officinales* « de sulfure de potassium ou de carbonate de soude. « La nature s'est-elle défendu le même privilége dans « les combinaisons qu'elle opère au sein de l'orga- « nisme vivant ? Un adage vulgaire nous apprend que « l'homme vit parce qu'il digère, non parce qu'il

« mange. De même, c'est le *médicament absorbé, non* « *le médicament ingéré qui opère la guérison.* Et si une « molécule mercurielle réduite par la sécrétion lai- « teuse à l'état de combinaison le plus propice à son « action médicatrice, déposée dans l'excipient le plus « conforme aux conditions spéciales qu'offre le nour- « risson, arrivant incessamment dans son estomac, y « parvient sous une forme et aux moments où son « passage dans le système absorbant est assuré; si, de « plus, cette molécule (les faits le prouvent) suffit à « guérir...., au nom de quelle science voudriez-vous « comparer ses effets à ceux de la parcelle d'un sel « que vous lui faites, deux fois par jour, avaler à « contre-cœur, sans même savoir s'il ne sera pas seu- « lement rejeté intact par les selles (1) ?

Il serait difficile vraiment de mieux défendre l'emploi des doses infinitésimales. Que leur reproche-t-on en effet, si ce n'est de ne donner aucun résultat lorsqu'on les soumet à l'analyse chimique telle qu'on la dirige aujourd'hui? Mais de quel droit, dirai-je avec l'auteur précédent, m'interdirait-on d'espérer que demain un système plus parfait d'analyse pourra y démontrer la présence du médicament? Et ce résultat ne dût-il se réaliser jamais, de quel droit viendrait-on assimiler les réactions chimiques aux effets des substances médicinales, et rejeter la possibilité de celles-ci parce que les premières ne seraient point obtenues? Au nom de quelle science viendra-t-on refuser aux

(1) Voy. Diday, *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, p. 382 et *passim*.

préparations homœopathiques ce qu'on accorde au lait médicamenteux?

Il n'est donc pas besoin d'une grande masse de mercure pour guérir la syphilis; il faut seulement que celui-ci soit approprié au cas individuel dans lequel on l'administre, et qu'il soit donné sous une forme particulière. Je pourrais même soutenir, comme fait d'observation, que les préparations hydrargyriques agissent d'autant mieux qu'elles ont été dynamisées, et que, du moment où sous cette forme elles restent sans effet, on a plus d'intérêt à changer le médicament qu'à baisser la dilution.

En fait, tous les degrés de dynamisation appartiennent au médecin; c'est à lui d'en faire usage en temps opportun. S'il est vrai que l'homœopathicité d'un agent thérapeutique dépende de son choix et non de sa quantité, il ne l'est pas moins qu'on ne peut tirer un parti utile de ses propriétés tant que sa puissance curative n'a pas été mise en complète expansion. Or, c'est ce qui arrive lorsqu'on donne le mercure à l'état brut ou aux premières triturations. De là vient que l'emploi de la première forme doit être rejeté, et que celui des basses atténuations ne peut devenir un précepte général.

Nous donnerons ainsi le mercure en trituration ou en dilution; nous le donnerons à dose infinitésimale, et, s'il ne réussit pas alors, nous chercherons dans la matière médicale une substance plus appropriée au malade qu'il s'agit de guérir.

Le choix de la dilution, la répétition du médicament,

sa dose, étant en rapport avec des conditions multiples, c'est-à-dire avec la période à laquelle la maladie est parvenue, avec l'impressionnabilité du sujet, l'activité et la solubilité naturelles au médicament, il est impossible de poser des règles fixes à ce sujet, la solution de ces questions varie pour chaque substance et pour chaque forme morbide, elle trouvera naturellement sa place dans la seconde partie de ce travail.

Je me bornerai, pour le moment, aux détails qui précèdent, et je n'insisterai plus que sur un point, l'*alternance* des médicaments.

Ce procédé consiste à donner tour à tour deux substances qui paraissent également convenir et se compléter l'une par l'autre. On l'a suivi souvent dans les maladies aiguës, bien que Hahnemann l'ait condamné, et qu'il ne soit pas sans inconvénient.

Les médicaments, il ne faut pas l'oublier, sont comme les causes morbides : leurs effets se réunissent quand ils se rencontrent dans un même organisme ; de là des effets croisés, qui empêchent chaque substance de développer tout son pouvoir lorsqu'on ne laisse pas à chacune d'elles le temps d'épuiser son action.

En général, lorsqu'on se croit obligé d'alterner deux médicaments pour une même maladie, c'est qu'on n'est pas bien sûr du choix de l'un ni de l'autre. Il est donc beaucoup plus simple d'en choisir un troisième qui réunisse toutes les conditions de l'homœopathicité. C'est ainsi qu'il convient d'agir tant que le virus syphilitique est la seule cause des souffrances qu'il faut combattre.

Il n'en est plus ainsi lorsqu'on doit traiter la syphilis larvée. Dans ce cas, ainsi que je le rappelais tout à l'heure, il est nécessaire de recourir successivement aux substances qui sont en rapport d'appropriation avec chaque diathèse. Seulement, il faut les donner l'une après l'autre, et ne pas mêler leurs effets, comme il arrive lorsqu'on fait prendre le matin une cuillerée de potion mercurielle, et le soir une cuillerée de potion sulfureuse, pour recommencer le lendemain.

Une telle pratique aurait évidemment tous les inconvénients que je signalais, il y a un instant ; il convient, par conséquent, de l'abandonner. Ce qu'il faut, c'est de donner les mercuriaux pendant le temps nécessaire au développement de leur action, de laisser ensuite réagir le malade, pour passer, après, à l'administration des antipsoriques, et ne revenir aux antisyphilitiques qu'après un laps de temps convenable.

Il n'y a pas de règle fixe à poser relativement à la répétition des doses. Tout ce qu'on peut en dire d'une manière générale, c'est qu'il ne faut pas trop les rapprocher. Les maladies vénériennes ayant toutes une marche chronique, ne demandent pas des actions médicatrices trop souvent répétées. Le médecin doit donc résister à l'empressement des malades, qui croient leur guérison d'autant plus assurée qu'on leur donne plus souvent leur médicament. Ce qu'il faut rechercher, c'est une guérison sûre et non pas une guérison rapide. En syphilothérapie il faut savoir utiliser le présent au profit de l'avenir; et, dans ce but, ne

pas chercher des modifications brillantes, mais des effets durables.

C. Régime. — Les syphilographes n'abordent pas ce sujet; il semble que les syphilitiques n'exigent aucune précaution sous ce rapport. L'homœopathie est plus sévère : le régime des maladies vénériennes est celui qui fut recommandé par Hahnemann pour toutes les maladies chroniques; il comprend l'alimentation et le genre de vie.

La première doit être conduite de manière à offrir au malade tout ce qui peut soutenir ses forces, en évitant ce qui ne ferait que l'exciter, en mettant de côté surtout les substances capables de produire quelque effet médicamenteux. En un mot, il faut choisir les aliments, de manière à favoriser l'action des médicaments, et non pas de manière à la contrarier.

Pour remplir la première condition, il est utile de recommander tous les aliments capables de fournir à l'organisme les éléments d'une active réparation, en défendant les mets de digestion difficile, ceux qui sont incomplétement élaborés.

D'un autre côté, on sera sûr de se conformer aux deux derniers préceptes en mettant de côté tout ce qui n'est qu'accessoire dans la nutrition : les vins capiteux et les liqueurs; les aromates, que nous retrouvons en partie au nombre des médicaments, et surtout le café, dont Hahnemann avait si bien étudié les effets sur l'organisme, et dont la thérapeutique homœopathique fait souvent une application utile. Les acides, qui sont fréquemment indiqués parmi les antidotes d'un grand

nombre de nos médicaments, seront exclus avec la même sévérité et dans le même but.

Le genre de vie du malade est souvent fort difficile à tracer, non pas que le médecin ne puisse en poser aisément les règles, mais parce que le sujet ne veut pas ou ne peut pas s'y soumettre.

La résistance que l'on rencontre en pareil cas tient à ce que les maladies vénériennes n'amenant pas de troubles généraux importants, lorsqu'elles ne sont pas parvenues à une extrême gravité, le patient renonce avec peine à ses occupations et à ses plaisirs.

Le médecin se trouve obligé, sous ce rapport, d'éviter deux difficultés opposées : l'excès du travail ou l'oisiveté. Le premier entrave souvent les efforts réparateurs auxquels la force vitale doit se livrer pour remédier à l'action destructive du virus, de sorte qu'on peut dire que tout excès de fatigue corporelle est un obstacle à la guérison.

Ce qui l'entrave plus encore, à coup sûr, ce sont les excès sexuels, et comme les vénériens s'y trouvent presque toujours plus ou moins portés, en raison de leurs habitudes antérieures, il devient parfois très-difficile de leur faire comprendre que la continence est pour eux une nécessité en même temps qu'un devoir.

Quant à l'oisiveté, elle est d'autant plus redoutable qu'il s'agit d'affections contractées au milieu de jouissances que l'imagination recherche alors même quelquefois que le corps s'y refuse; qu'elles intéressent des organes qu'il ne faut pas surexciter.

La plus grande difficulté, toutefois, que l'hygiène

des vénériens puisse présenter, se tire de leurs occupations. Tous, il faut bien le dire, n'appartiennent pas à la classe pour laquelle l'oisiveté est à craindre. Pour un grand nombre, il s'agit de travaux violents, souvent de professions insalubres, ou tout au moins d'états dans lesquels des substances médicinales sont sans cesse employées. Il est facile de concevoir la résistance que de tels malades devront présenter sous le rapport de l'action des médicaments. Cependant, si nous tenons compte des résultats fournis par la pratique des dispensaires, nous pouvons dire que ces malades guérissent malgré les conditions fâcheuses où ils se trouvent. L'habitude, chez eux, émousse la réceptivité de l'organisme pour des substances qu'ils manient sans cesse, mais elle n'éteint pas l'impressionnabilité à l'action des autres médicaments.

Le grand point pour le médecin sera seulement d'apprécier la puissance antidotique du milieu dans lequel l'ouvrier est forcé de vivre, afin d'augmenter l'action de l'agent thérapeutique en proportion de la résistance qu'elle pourrait rencontrer.

D. Moyens auxiliaires. — Pour compléter ce qui se rattache à la thérapeutique, je dois dire un mot des moyens auxiliaires dont il convient de faire usage. La chirurgie d'abord est souvent appelée à jouer un rôle dans le traitement des maladies vénériennes ; et quoique son importance diminue à mesure que le nombre des spécifiques augmente, il y a toujours bien des circonstances où il est nécessaire de faire appel à ses ressources.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que cet art pût remplacer jamais l'action des médicaments. Ainsi que l'enseigne Hahnemann, la maladie est « inabordable aux procédés mécaniques de la chirurgie (1) ; » celle-ci s'attaque toujours à un effet, jamais à une cause. Son véritable rôle commence donc au moment, où la diathèse étant détruite, les efforts conservateurs de la force vitale sont impuissants pour remédier aux désordres accomplis.

Elle peut encore trouver son application dans deux autres circonstances : 1° lorsqu'il existe des lésions dont les conséquences peuvent devenir funestes, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'arrêter une hémorrhagie entretenue par un polype ; 2° quand il faut diriger, à l'aide d'un pansement convenable, le travail de cicatrisation des ulcères, favoriser l'expulsion des parties nécrosées.

Il y a encore trois moyens importants dont il est souvent fait usage ; ce sont : l'hydrothérapie, les bains de mer et les eaux minérales.

La première, employant un modificateur général qui n'a rien de spécifique, qui n'est pas un médicament, peut très-bien trouver sa place dans un traitement homœopathique. Et, de même qu'il serait imprudent de compter sur l'hydrothérapie pour arriver à une guérison radicale, de même aussi il serait fâcheux de rejeter son emploi lorsqu'on a à traiter des malades chez lesquels la réaction est en défaut, et qui offrent

(1) *Organon*, § 13.

pour ce motif peu de prise à l'action des médicaments. Si ce secours est souvent dangereux pour les syphilitiques, il pourrait être plus utile pour les affections blennorrhagiques. Dans tous les cas, ce n'est jamais qu'un accessoire, qu'il faut utiliser avec prudence.

Les bains de mer et les eaux minérales ont aussi leur valeur dans des circonstances que j'aurai occasion de déterminer pour chacune des maladies vénériennes. Il faut avoir soin seulement de suspendre l'emploi des médicaments homœopathiques pendant toute la durée de la saison, et après, tant que dure la période de réaction.

Ces moyens peuvent servir à compléter un traitement ; à ce compte, il ne faut pas les négliger.

La thérapeutique homœopathique des maladies vénériennes repose, comme on peut le voir, sur un petit nombre de principes bien arrêtés :

1° Choisir le médicament d'après la loi des semblables, et en s'appuyant sur l'individualisation pathologique et l'expérimentation pure.

2° Donner le médicament de manière à obtenir toute sa puissance spécifique en évitant ses effets perturbateurs; et, dans ce but, le faire prendre à l'intérieur, dynamisé et à dose infinitésimale.

3° Tracer le régime de manière à soutenir et à ménager les forces du malade, sans l'exciter et sans le soumettre à des actions médicinales inutiles ou contraires aux effets des médicaments.

4° Être très-réservé à l'égard des moyens auxiliaires, en s'adressant seulement à ceux qui peuvent ve-

nir en aide aux médicaments homœopathiques, en excluant tous ceux qui s'opposeraient en quelque manière au développement de leurs propriétés curatives.

C'est en vertu de ces principes qu'il faut étudier une à une chaque maladie vénérienne, et tracer son traitement.

DEUXIÈME PARTIE

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALES.

CHAPITRE PREMIER

Syphilis.

ART. 1er. — SYPHILIS PRIMITIVE.

§ I.

DU CHANCRE.

Il n'y a, en réalité, que deux espèces de chancre; mais, chacune d'elles étant susceptible de présenter des transformations importantes, on est obligé de reconnaître, au point de vue de la thérapeutique, cinq espèces distinctes : 1° le *chancre mou ;* 2° le *chancre induré ;* 3° le *chancre phagédénique pultacé*, auquel on donne, dans certains cas, le titre de *serpigineux ;* 4° le *chancre phagédénique gangréneux ;* 5° le *chancre végétant* (*ulcus elevatum*).

Chacune de ces espèces offre des caractères particuliers, affecte une marche spéciale et réclame des médicaments différents.

1° Chancre mou. — Il est généralement admis que

le chancre mou commence par une pustule. Ce début est facile à constater pour le chancre d'inoculation, mais non pour celui qui est contracté par le coït. Il est bien rare alors que le malade ait aperçu ce phénomène initial, plus rare encore qu'il consulte le médecin avant la formation de l'ulcère.

En s'informant alors de la manière dont les choses se sont passées, on apprend, en général, que le premier symptôme a été une sensation de prurit, suivie de la formation d'une tache rouge à laquelle a succédé une ulcération.

Celle-ci se creuse rapidement. Son fond a un aspect vermoulu ; il est recouvert d'une matière grisâtre, sanieuse, très-adhérente ; ses bords sont taillés à pic, dentelés, souvent décollés et renversés, entourés d'un cercle rouge plus ou moins vif, et quelquefois brun. De plus, il y a ordinairement une rougeur légèrement érésipélateuse, qui s'étend au loin sur les parties voisines, avec gonflement, parfois œdémateux, de ces dernières.

Le pus sécrété à la surface de ces chancres est ichoreux, mal lié, sanguinolent, parfois assez abondant. On observe même chez quelques malades de petites hémorrhagies. On a prétendu que ce pus contenait des vibrions.

Ce qui distingue principalement cet ulcère syphilitique, c'est que les tissus sur lesquels il repose conservent leur densité normale. Ceux-ci s'empâtent parfois, mais ils ne s'indurent jamais.

Le chancre mou existe le plus souvent sur les or-

ganes génitaux de l'homme et de la femme; occupant, chez le premier, la face interne du prépuce, le repli balano-préputial, le gland, le méat urinaire, le canal de l'urètre, ou quelque point de la peau de la verge. Chez la femme, on l'observe le plus souvent à la fourchette, sur les grandes lèvres et sur les petites, dans l'intérieur du vagin et sur le col de l'utérus.

Cet ulcère peut occuper également des régions qui ne lui sont pas habituelles : l'anus et la partie inférieure du rectum, le bord libre des paupières, l'entrée des narines et du conduit auditif externe, l'extrémité des doigts; la cavité buccale elle-même n'en est pas exempte. En un mot, on le trouve sur toutes les régions où le pus virulent peut être déposé, et il y est d'autant plus fréquent que ce contact est plus facile et plus souvent répété.

La marche du *chancre mou* est régulière. Cet ulcère est toujours précédé d'une période d'incubation, laquelle dure de 5 à 7 jours, ordinairement; puis la pustule se forme, et l'ulcère lui succède. Celui-ci commence par s'étendre d'une manière continue, ce qui constitue la *période de progrès spécifique;* s'arrête ensuite en conservant l'étendue qu'il avait acquise, c'est la *période de statu quo spécifique;* enfin, son fond se déterge et s'élève, ses bords s'affaissent, l'aspect chancreux disparaît, le tissu inodulaire prend naissance et la cicatrice se forme. Tous ces phénomènes appartiennent à la *période de réparation.*

Le chancre laisse souvent après lui une tache vio-

lacée, considérée par Hahnemann comme la preuve certaine que la diathèse existe toujours.

Le diagnostic du chancre mou est assez facile, lorsque l'ulcère occupe les parties externes de certaines régions. On est même tellement habitué à le rencontrer sur les organes de la génération, que toute solution de continuité qui existe à leur surface porte à présumer son existence.

La seule affection avec laquelle il soit possible de le confondre est l'*herpes præputialis;* mais les exulcérations auxquelles celui-ci donne naissance sont irrégulières, superficielles, à fond jaunâtre, entourées d'une vive rougeur de la muqueuse, donnent lieu à une sécrétion muco-purulente, et surtout succèdent à des vésicules multiples. La *balanite* ne saurait non plus causer aucune illusion.

A l'anus, les chancres ont parfois une forme allongée qui les rapproche des fissures, dont ils se distinguent par leur fond qui est noirâtre, vermoulu, au lieu d'être lisse, blanc et nacré. De plus, les douleurs causées par la fissure sont beaucoup plus violentes que celles du chancre.

Le chancre anal, ne se développant jamais qu'à la suite du contact direct du pus, s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme. Dans le premier cas, on retrouve presque toujours, en même temps, des ulcères primitifs sur quelque point des organes de la génération, ulcères qui ont été la source d'où le pus s'est écoulé. Dans le second, c'est à l'accomplissement de rapports *a posterea venere* qu'il faut attribuer

la maladie, aussi la disposition infundibuliforme de l'anus, qui est particulière aux sodomites, devient-elle un signe très-important.

Partout ailleurs, on peut, avec quelque attention, retrouver les caractères spécifiques de l'ulcère : ses bords taillés à pic, son fond grisâtre, vermoulu, comme pultacé ; enfin, cet aspect qui se reconnaît toujours, quand une fois on l'a observé.

Le diagnostic devient plus embarrassant si l'ulcère est caché dans quelque partie profonde, dans le canal de l'urètre, par exemple. C'est alors avec la blennorrhagie qu'on peut être exposé à le confondre.

Mais l'écoulement dû au chancre larvé est moins abondant que celui de la gonorrhée ; il est sanieux, grisâtre, souvent mêlé de sang : en palpant l'urètre avec soin, on reconnaît un point qui est plus gonflé, plus empâté que tous les autres, souvent douloureux. Ce point est parfaitement circonscrit. C'est à son niveau qu'existe l'ulcère. S'il y a des doutes, malgré l'existence de ces caractères, le seul moyen de les lever est l'inoculation.

Un des caractères diagnostiques du chancre mou se tire du bubon qui l'accompagne souvent, et qui se trouve en rapport anatomique avec lui. Je rappellerai plus loin les caractères de cette tumeur.

Le pronostic du chancre mou doit être envisagé sous un double rapport : celui de ses dangers présents et celui de ses dangers à venir.

Tant que l'ulcère existe, il faut craindre de le voir se multiplier ou passer au phagédénisme et à la gan-

grène. Comme il sécrète une grande quantité de pus, celui-ci souille facilement les parties voisines et y fait naître des ulcères d'inoculation. Il est généralement admis que ceux-ci n'aggravent pas l'état du malade; cependant ils multiplient toujours ses souffrances, et le menacent des mêmes dangers que le premier ulcère.

Pour l'avenir, il faut craindre l'apparition de symptômes particuliers, pouvant se montrer sur des régions très-différentes, mais surtout sur la peau et les muqueuses. Si l'on considère cependant l'étendue de ces altérations et leurs effets locaux et généraux, on devra reconnaître qu'ils sont moins destructeurs et moins redoutables que ceux de la vérole.

2° Chancre induré. — Il succède en général, comme le précédent, à une pustule venue sur une tache rouge. Ses bords sont arrondis, à moins qu'il ne repose sur des tissus de densités différentes, comme il arrive lorsqu'il se trouve à cheval sur le gland et le prépuce; ils sont adhérents; son fond est chagriné, aréolaire, lisse, brillant, non vermoulu, ce qui lui donne une teinte grise, comme vernie. La teinte du centre est toujours plus sombre que celle des bords.

Le caractère essentiel de cet ulcère est l'induration. Celle-ci lui sert de base, l'encadre de toutes parts, vient toujours après lui et se forme du troisième au quinzième jour à partir du début du chancre; elle se termine brusquement dans les tissus voisins. On a comparé sa forme à celle d'un pois qui serait coupé par la moitié : c'est là ce qu'on peut appeler sa forme

classique à laquelle il y a de nombreuses exceptions, l'induration offrant souvent une forme irrégulière, ainsi qu'il arrive pour l'ulcère lui-même, et se trouvant parfois excessivement mince, parcheminée, au lieu de pénétrer profondément dans les tissus.

L'induration est le résultat d'un épanchement de lymphe plastique dans les vaisseaux absorbants, avec extension dans le tissu cellulaire du voisinage. Elle donne au toucher la sensation d'un tissu rénitent, spécial, élastique, qui n'a point d'analogue.

Le chancre induré sécrète très-peu de pus ; aussi se multiplie-t-il très-rarement sur place : de là vient qu'il est presque toujours solitaire. Il est essentiellement indolent. Le pus qu'il secrète est peu abondant, séreux, sanieux et mal lié.

Cet ulcère se distingue de tous les autres par son aspect, surtout par sa base et son bubon. Sa base est ce que je viens de dire ; le bubon est induré et composé de ganglions multiples et distincts.

Le bubon induré est très-important pour le diagnostic. Il a souvent fait découvrir des ulcères formés sur des régions insolites, et dont le malade lui-même ne soupçonnait pas l'existence : il a permis d'affirmer l'infection alors que l'ulcère était cicatrisé depuis longtemps.

Au reste, le chancre induré, comme le chancre mou, prend naissance sur le point même où le pus a été absorbé ; il n'offre, sous ce rapport, qu'une seule différence, c'est qu'il se rencontre souvent au cuir chevelu, où le chancre mou n'a pas encore été observé.

Sa marche est rapide ; il tend très-vite à la cicatrisation. Il débute toujours comme un ulcère d'apparence molle. De trois à quinze jours après, la base s'indure ; quelquefois cette induration disparaît avant l'ulcère, mais le plus souvent elle persiste longtemps après lui ; on l'a même vue exister encore lorsque l'ulcère était cicatrisé depuis trente ans.

Avant de s'effacer, l'induration se ramollit, et, alors même qu'elle survit au chancre, elle devient molle et gélatiniforme, perdant une partie de sa consistance naturelle.

Le chancre induré passe rarement au phagédénisme ou à la gangrène. Tout son danger réside dans ses suites, c'est-à-dire dans le développement de la vérole. Il lui arrive souvent, au contraire, de se transformer en papule muqueuse. Dans ce cas, son fond s'élève, dépasse le niveau de la peau et prend l'aspect d'un tubercule plat.

3° Chancre phagédénique pultacé. — Le phagédénisme est pour le chancre primitif une très-grave complication. Ses causes sont multipliées : la mauvaise constitution du malade, l'existence d'affections chroniques antérieures, des cautérisations intempestives, des frottements dus à la marche, à la recherche de rapports sexuels pendant l'état de maladie, telles sont les causes les plus fréquentes de cette dégénérescence, qui ne tient, dans aucun cas, à la nature du virus.

Le chancre phagédénique débute comme les ulcères que je viens de décrire. Seulement le chancre mou et le chancre induré une fois formés, au lieu de rester à

l'état de *statu quo spécifique*, s'étendent, surtout en surface, labourent les tissus en suivant des directions irrégulières.

On voit les bords de l'ulcère s'amincir sur le point où l'extension doit se faire, se décoller, se perforer et finir par disparaître dans la suppuration.

L'aréole qui enveloppe l'ulcère a une teinte brune violacée, le fond est recouvert d'une couche diphthéritique très-adhérente, grisâtre ; la suppuration est abondante et jamais inoculable. On voit apparaître de distance en distance des bourgeons charnus, blafards, qui ne tardent pas à être frappés de gangrène.

Les hémorrhagies sont fréquentes avec ces ulcères, dont le développement est continu ; ils peuvent même envahir successivement les régions les plus éloignées. Dans ses *Leçons sur le chancre*, M. Ricord a rappelé l'histoire d'un malade traité dans ses salles, et chez lequel un chancre de cette espèce avait labouré, dans l'espace de huit ans, « l'aine, le flanc, les lombes, la cuisse « tout entière, » et occupait alors « toute la région du genou (1). »

Ce qui caractérise cette espèce d'ulcération, c'est sa marche toujours envahissante, et l'enduit pultacé qui tapisse sa surface. On comprend qu'il ne puisse causer d'aussi graves désordres sans occasionner de la douleur, et sans que la santé générale ne vienne à s'altérer.

Le véritable danger du chancre phagédénique ré-

(1) P. 43.

side dans sa puissance destructive et dans sa persistance. Son pronostic, toutefois, est subordonné à la puissance de la thérapeutique. Tout le monde convient qu'il résiste au mercure ; et, comme ce médicament est le seul spécifique que l'école officielle connaisse à la syphilis primitive, le médecin se trouve souvent désarmé. Aussi les praticiens les plus habiles traitent-ils cette maladie pendant huit années sans parvenir à une cicatrisation durable.

Il n'en serait pas ainsi certainement si l'on avait exactement apprécié l'étiologie du chancre phagédénique, et si l'on était en position de reconnaître les médicaments appropriés à ces différentes causes morbides et aux effets qu'elles peuvent produire. C'est ici surtout qu'il conviendra de ne pas oublier le précepte posé par Hahnemann, d'employer successivement les substances indiquées par chacune des diathèses qui agissent de concert pour produire d'aussi terribles résultats. Lorsque, dans le cours de son développement, le phagédénisme étend ses ravages en donnant à l'ulcère la forme d'un cercle, on le dit *serpigineux*.

4° Le CHANCRE PHAGÉDÉNIQUE GANGRÉNEUX ne diffère pas du précédent quant à sa gravité ; car, lui aussi, amène des destructions organiques profondes et souvent sans remède.

Quand un chancre se gangrène, son centre devient noir, ses bords prennent une teinte blafarde, noire, disparaissent par portions. Des bourgeons charnus, d'un rouge sombre, se forment sur plusieurs points de sa surface, mais le sphacèle les envahit promptement, et

ils disparaissent à leur tour. On voit alors les tissus se détruire de proche en proche, en prenant successivement la coloration et la consistance de la gangrène.

Au moment où la maladie se limite, les bords de l'ulcère deviennent d'un rouge vif, l'escarre se détache et laisse à nu une surface rouge d'un bon aspect; des bourgeons charnus, de bonne apparence, s'y développent, la cavité creusée par le chancre se comble peu à peu, enfin du tissu inodulaire s'établit.

Tant que la gangrène existe, la sécrétion purulente est sanieuse, noirâtre, souvent mêlée de sang; elle prend l'aspect du pus de bonne nature, au moment où, l'escarre étant détachée, la cicatrisation marche vers un bon terme.

Il arrive très-fréquemment que la gangrène et le phagédénisme envahissent à la fois le même ulcère; leurs dangers s'ajoutent alors, et la guérison devient d'autant plus difficile à obtenir. Ces complications s'observent bien plus souvent avec le chancre mou qu'avec le chancre induré.

5° Chancre végétant (*ulcus elevatum*). — Cet ulcère succède au chancre mou, mais bien souvent aussi au chancre induré. Le mécanisme de son développement est facile à comprendre.

Le fond de l'ulcère primitif bourgeonne, comme il fait quand il doit se cicatriser; mais ce travail de réparation dépasse le but par son exubérance. Les bourgeons charnus se multiplient outre mesure, s'élèvent au-dessus de la surface de la peau. Les bords

de l'ulcère ne se modifient pas ; au contraire, lorsqu'ils sont indurés, l'engorgement spécifique des tissus paraît s'accroître. Le pus sécrété par cet ulcère est généralement séreux, et cependant il n'y a pas de douleur très-aiguë. Le chancre présente alors une surface rouge, violacée, mamelonnée, saignant facilement, et n'ayant aucune tendance à se cicatriser.

Au moment où la guérison s'opère, la surface de l'ulcère s'affaisse, tout en restant un peu saillante au-dessus du niveau de la peau. La cicatrice reste unie, blanchâtre et saillante.

L'*ulcus elevatum* est toujours le fait d'une complication ; il est dû à la coexistence de la syphilis et de la sycose, laquelle imprime au chancre simple les modifications que j'ai indiquées.

§ II.

SYMPTOMES CONCOMITANTS DU CHANCRE.

Deux symptômes accompagnent souvent le chancre ; l'un ne s'observe que chez l'homme : c'est le *phimosis* et le *paraphimosis ;* l'autre se rencontre également chez la femme et chez l'homme, c'est le *bubon.*

1° Phimosis. — On appelle ainsi le rétrécissement du prépuce en avant du gland. Il y a des sujets pour lesquels cette étroitesse du limbe préputial est un fait de conformation. Dans le cas de chancre, c'est toujours un embarras.

Du reste, que le prépuce soit large ou étroit, il

tend toujours à se gonfler lorsqu'un chancre se creuse à sa face interne. Cette tuméfaction est œdémateuse ou indurée ; dans ce cas, elle a une consistance dure, élastique, en tout semblable à celle de l'induration chancreuse ; autrement, la tumeur est molle, blanchâtre, translucide.

Si le phimosis est œdémateux, il devient considérable, ferme l'ouverture du prépuce de manière à gêner l'écoulement des urines et à empêcher celui du pus sécrété par le chancre.

Quand cet ulcère existe en arrière de la couronne du gland, le pus s'accumule et donne lieu à un véritable abcès, dont le danger tient à la compression qui en résulte pour le prépuce et pour le gland, compression bien plus funeste au premier qu'au second. Il arrive souvent, en effet, que la gangrène en est la conséquence ; la mortification s'étend parfois à toute l'épaisseur du repli préputial, donne lieu à une escarre qui tombe en laissant à découvert une partie du gland. Cette ouverture est parfois assez large pour laisser passer l'extrémité de la verge.

Si la gangrène ne paraît pas, le prépuce s'enflamme, prend une teinte rouge, érésipélateuse, ou bien il se forme des abcès, qui s'ouvrent au dehors, et dont le résultat est encore la perforation du repli préputial.

Le gland se trouvant en contact continuel avec du pus virulent s'ulcère à son tour ; comme il est impossible d'observer ce qui se passe, c'est seulement après la chute de l'escarre ou l'ouverture de l'abcès

qu'on peut apprécier ces désordres, qui vont parfois jusqu'à la destruction d'une partie de l'organe.

2° Paraphimosis. — On nomme ainsi l'étranglement du gland par le prépuce. Cet accident arrive quand on a voulu renverser le repli protecteur de la verge, et qu'au lieu de le remettre à sa place, on le laisse dans la position qu'on lui a donnée.

J'ai rencontré un malade qui s'était ainsi découvert le gland dans les premiers jours d'un chancre induré de la face interne du prépuce, et dans l'intention de mettre cette ulcération à découvert, afin de la panser plus aisément. Le prépuce ainsi retiré en arrière de la couronne du gland prit, dans une nuit, un développement extrême ; et, lorsque je revis ce monsieur, un bourrelet œdémateux, violacé, très-considérable s'était formé. La réduction fut impossible, et je traitai le chancre sans faire de nouveaux efforts pour l'obtenir. A mesure que l'ulcère marcha à cicatrisation, le gonflement, qui l'entourait, diminua, le prépuce perdit de son volume et put être enfin réduit.

Dans le paraphimosis, le gland est étranglé par un double motif : d'abord, parce que toute la verge se gonfle sous l'influence de la pression qu'elle éprouve, ensuite parce que l'ouverture du prépuce devient d'autant plus étroite que l'épaisseur de ce repli augmente. Le danger naît de cette double action, le gland d'une part, le prépuce de l'autre pouvant se mortifier par obstacle à la circulation.

3° Bubons. — Il ne sera question en ce moment que de ceux qui accompagnent les chancres, les

bubons blennorrhagiques devant trouver leur place plus loin.

On se rappelle qu'il existe trois sortes de bubons syphilitiques : celui qui accompagne le chancre mou, le bubon induré et le bubon d'emblée.

On peut définir le bubon d'une manière générale, l'engorgement des ganglions lymphatiques qui se trouvent en rapport direct avec le chancre.

Si ce dernier est mou, le bubon est presque toujours inflammatoire. Quand la tumeur se forme, le malade éprouve d'abord de la gêne en marchant, s'il s'agit de l'aine, puis une douleur réelle assez aiguë. Il constate alors, par le palper, une augmentation dans le volume de plusieurs ganglions, parmi lesquels il en est un plus gros et plus sensible que les autres. On lui a donné le nom de ganglion anatomique.

Celui-ci est, en général, profond. D'abord il est mobile, mais à mesure qu'il augmente, il devient adhérent au tissu cellulaire, puis à la peau. Celle-ci change de couleur, prend une teinte rouge violacé, quelquefois franchement érésipélateuse. A cette époque, la tumeur donne une sensation d'empâtement, à laquelle succède une fluctuation manifeste. Cette dernière manque parfois. Dans ce cas on voit la tumeur diminuer, la peau reprendre sa teinte normale, et le ganglion revenir peu à peu à son volume ordinaire.

Une fois le pus formé, la résolution n'est plus possible ; l'abcès s'ouvre naturellement, si le bistouri ne vient en aide à la nature.

Alors deux choses peuvent arriver : ou bien le pus est celui d'un abcès ganglionnaire simple ; il est formé dans la coque celluleuse qui entoure le ganglion ; ou bien il existe dans cette coque et dans le ganglion lui-même. Dans ce cas, il y a eu presque toujours passage du pus virulent à travers les lymphatiques de la verge, dépôt de ce pus dans le ganglion enflammé. C'est alors que le pus sécrété est inoculable, et que l'ulcère qui se forme sur l'ouverture de l'abcès prend l'aspect du chancre.

Le fond de cet ulcère est formé le plus souvent par le ganglion en partie détruit. Quelquefois cette destruction suppurative est complète, et le fond de l'ulcère est constitué par le tissu sous-jacent.

Le bubon du chancre mou peut donc présenter trois variétés : l'une qui se termine par résolution, les deux autres qui suppurent. Parmi ces dernières, l'une donne un pus simple, qui s'écoule par des trajets fistuleux, l'autre fournit un pus virulent qui sort par une ouverture à forme chancreuse. Celle-ci passe facilement au phagédénisme.

Il arrive souvent que le ganglion malade se trouve relié au chancre par des cordons durs, noueux et sensibles au toucher ; la peau de la verge présente alors des stries rougeâtres qui suivent la direction de ces nodosités.

Cette coloration n'est autre chose que le signe de l'inflammation spécifique des vaisseaux lymphatiques, qui aboutissent d'un part au fond de l'ulcère, de l'autre au bubon. On a cru longtemps à une phlébite,

mais on sait aujourd'hui qu'il s'agit simplement d'une lymphangite. Il est même admis que ces vaisseaux lymphatiques sont précisément ceux par lesquels le pus virulent a été absorbé.

La seule tumeur avec laquelle ce bubon puisse être confondu est l'engorgement ganglionnaire scrofuleux, dont M. Gabalda a indiqué les signes distinctifs (1).

Il faut signaler au nombre de ceux-ci : 1° La présence de l'ulcère primitif sur une région qui se trouve en rapport anatomique direct avec la tumeur ganglionnaire, ulcère qui manque au contraire pour le bubon scrofuleux. 2° Celui-ci est, en outre, plus volumineux que l'autre, moins franchement inflammatoire ; il forme une masse molle, au milieu de laquelle la fluctuation s'établit difficilement. 3° Il est moins douloureux que le bubon syphilitique. Une fois ouvert, il fournit un pus grumeleux, mal lié, qui n'a rien de virulent, et qui s'écoule par des trajets fistuleux, entre lesquels la peau s'amincit, se décolle et se détruit quelquefois.

Le *bubon induré* offre des caractères tout différents de ceux des premiers. Il se compose de plusieurs petites tumeurs dures, élastiques, mobiles, mais indolentes. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau. Quand il se trouve dans l'aine, c'est à peine s'il cause un peu d'engourdissement dans le membre inférieur correspondant.

(1) Voy. *Bullet. gén. de thérap.* Janv. et mars 1846.

Il arrive quelquefois qu'un de ces ganglions s'enflamme. Il devient alors légèrement douloureux, augmente de volume. La peau qui le recouvre rougit à son tour. Cette tumeur arrive lentement à suppuration, fournit un pus peu abondant, jaune, assez bien lié. Son ouverture est fistuleuse, jamais chancreuse; le pus n'est point inoculable.

L'abcès une fois vidé, le ganglion reprend peu à peu son volume, les fistules se cicatrisent, laissant une trace d'un rouge violacé, puis d'un blanc nacré assez vif.

Le bubon d'emblée ne diffère pas des deux premiers: il est ou inflammatoire ou induré. Toute la différence tient à ce qu'il n'existe pas d'ulcère sur les parties voisines.

Ce bubon est presque toujours précédé de symptômes généraux : courbature, douleurs dans les membres, perte de l'appétit, langue muqueuse, soif, constipation ; chaleur de la peau marquée, interrompue par des frissons; pouls accéléré, développé, dur ; insomnie ou agitation avec rêves fatigants. Toutes ces souffrances s'effacent lorsque la tumeur a complété son développement et que la suppuration s'est fait jour.

Du reste, les symptômes locaux sont ceux que j'indiquais tout à l'heure ; ils varient suivant que le bubon passe ou non à la suppuration, qu'il est seulement phlegmoneux, ou phlegmoneux et inoculable, ou, enfin, induré.

C'est surtout pour le bubon d'emblée que le diagnostic est difficile. Plusieurs caractères cependant peu

vent aider le médecin à fixer son opinion : 1° le siége de la tumeur, ces bubons étant toujours inguinaux ; 2° l'aveu d'un coït suspect, pratiqué dans les limites ordinaires de l'incubation ; 3° l'existence de symptômes primitifs chez le sujet infectant ; 4° l'ordre de développement des symptômes ; les troubles généraux précédant les altérations locales, tandis que, chez les scrofuleux, le ganglion s'engorge avant que la santé ne s'altère, et la fièvre paraît seulement au moment où la suppuration s'établit ; 5° l'apparence extérieure de la tumeur ; 6° dans certains cas, les caractères de son ouverture, qui deviennent ceux du chancre, et l'inoculabilité du pus.

Du reste, le diagnostic de cette affection est encore assez obscur pour que bien des syphilographes refusent d'admettre l'existence du *bubon d'emblée*.

Le pronostic du bubon n'est pas, en général, très-grave. Il le devient seulement lorsque les fistules passent au phagédénisme ; mais alors il l'est plus que pour le chancre lui-même ; car, les destructions de tissus sont plus profondes qu'avec l'ulcère, et elles peuvent s'étendre plus facilement encore de proche en proche. Si le bubon est induré, il faut redouter l'apparition de symptômes constitutionnels.

§ III.

TRAITEMENT DES CHANCRES PRIMITIFS.

En homœopathie les médicaments ne sont pas les mêmes pour les différentes espèces de chancres ; j'in-

diquerai donc successivement ceux qui se trouvent le mieux appropriés à chacune d'elles.

1° CHANCRE MOU. — Le médicament qui répond le mieux à cet ulcère primitif est le MERCURE SOLUBLE (*mercurius solubilis*). Lorsque Hahnemann soutenait que la syphilis primitive cède rapidement à la plus petite dose de ce composé, il entendait évidemment parler du chancre simple, dont il est question en ce moment. Seulement il avait le soin d'ajouter qu'on ne devait compter d'une manière certaine sur l'efficacité de ce médicament que dans le cas où la maladie ne présentait aucune complication. Lorsque le docteur Rückert (1) recommande le *mercure soluble* pour les sujets robustes, qui n'ont point encore subi d'infection syphilitique antérieure, il exprime la même idée sous une autre forme.

L'expérience de tous les homœopathes a confirmé, on peut le dire, l'opinion émise par Hahnemann, opinion que la matière médicale pure justifie de tous points. Ce médicament administré à un homme sain, tout à fait exempt de syphilis, produit, en effet, chez lui, tous les symptômes du chancre : le prurit initial, la tache rouge, sur laquelle s'élève une vésicule, l'ulcère à bords rouges, arrondis, à fond sécrétant une matière purulente, blanc jaunâtre (2).

D'un autre côté, l'observation clinique a montré que le *mercure* réussissait lorsque ces ulcères étaient

(1) Rückert, *Klinische Erfahrungen*, etc. Leipsick. 1854.
(2) *Mat. médicale pure*, pathogénésie du *merc. solub.*

nombreux, couenneux, à bords taillés à pic, et quand ils sécrétaient un pus abondant.

L'étendue du chancre, sa profondeur, ne changent rien aux indications du *mercure soluble*, qui réussit encore si l'ulcère est le siége d'une douleur aiguë s'irradiant dans tout le corps.

S'il y a un accord complet entre les homœopathes relativement aux symptômes caractéristiques de ce médicament, il n'en est pas de même relativement à son mode d'administration. Tandis que Hahnemann donne la préférence aux dilutions élevées et aux globules, la plupart des médecins, en Allemagne surtout, recommandent de se borner aux trois premières triturations, et de ne pas négliger non plus le mercure non dynamisé.

La vérité se trouve entre ces extrêmes. Si les basses atténuations ne sont pas indispensables à la guérison d'un chancre mou, il faut reconnaître, cependant, qu'il existe des sujets peu impressionnables, chez lesquels la trentième dilution serait insuffisante. Ces cas, du reste, sont très-exceptionnels ; les dilutions élevées réussissent le plus souvent, lorsque le médicament est exactement choisi.

Le mieux, quand on est appelé à donner des soins à un malade pour la première fois, et à le traiter d'un chancre mou, est de débuter par les dilutions moyennes (la dix-huitième ou la vingt-quatrième), et de donner tout d'abord de 5 à 8 globules d'une de ces puissances, en les faisant dissoudre dans 120 grammes d'eau, potion que le malade prend par

cuillerées à bouche, à des intervalles réguliers.

Comme, en définitive, un chancre mou a toujours une marche un peu aiguë, ces intervalles ne doivent pas être trop éloignés les uns des autres; le mieux est de répéter toutes les six heures l'administration du médicament.

On continue de la sorte pendant deux à trois jours. S'il ne s'est produit alors aucun changement favorable, on baisse la dilution, allant à la douzième ou à la neuvième, qu'on administre comme je viens de le dire.

Si l'état de *statu quo spécifique* persiste et qu'il n'y ait aucun symptôme mercuriel apparent, il faut laisser au malade quatre à cinq jours de repos, puis recommencer l'administration du *mercure*, en restant dans la limite des puissances que je viens d'indiquer, mais en remplaçant les globules par une ou deux gouttes.

Si l'on reconnaissait enfin que ces doses fussent encore insuffisantes, il faudrait recourir aux triturations, et en donner un centigramme en une seule fois. On répète cette dose le matin et le soir. Le médicament, n'étant pas, sous cette forme, très-soluble dans l'eau, il faut le faire prendre à sec, c'est-à-dire le déposer sur la langue, en le laissant se dissoudre dans la salive, pour éviter toute décomposition chimique.

Je m'empresse de le dire : si le chancre est simple et le sujet exempt de toute maladie chronique autre que la syphilis, on n'est jamais obligé d'arriver à des

divisions aussi basses. Avec les dilutions moyennes (de dix-huit à trente), on modifie l'ulcère, dont les bords s'affaissent, le fond se nettoie, s'élève et se cicatrise graduellement.

Lorsque ce résultat n'est pas obtenu, c'est qu'il existe une complication, ou qu'on a donné trop de mercure. On reconnaît qu'il en est ainsi à l'apparition de symptômes accessoires propres à ce médicament, et qui se composent habituellement soit de congestion buccale avec hypersécrétion salivaire, soit de douleurs vagues dans les membres, soit de symptômes intestinaux, soit encore de fièvre mercurielle.

En général, l'amélioration s'arrête dès que les effets artificiels du médicament commencent à paraître. L'administration de la substance active doit être immédiatement suspendue ; il faut laisser réagir le malade ; et si l'action médicinale est trop énergique, il faut donner un antidote : le *soufre* ou l'*acide nitrique*. Le *soufre*, quand le sujet n'est pas de constitution irritable, et que les gencives et les intestins sont le siége des symptômes accessoires ; l'*acide nitrique*, lorsqu'il s'agit de symptômes fébriles ou de douleurs musculaires et névralgiques.

Je citerai à l'appui de ces recommandations le fait suivant :

Première Observation. — Le nommé D., âgé de 25 ans, se présenta au dispensaire le 15 mai 1850. Cet homme, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de symptômes de psore primitive ou consécutive, portait à la face interne du prépuce, du côté

gauche, un chancre mou bien caractérisé : bords rouges, irréguliers, déchiquetés, taillés, à pic ; fond recouvert d'une espèce de couenne grisâtre, suppuration abondante. Pas de phimosis. Cet ulcère existait depuis huit jours ; il avait été aperçu le dixième jour à la suite du dernier coït.

Prescription : mercurius solubilis, vingt-quatrième dilution, 6 globules, dans 250 gr. d'eau alcoolisée ; prendre deux cuillerées par jour de cette potion ; une le matin et l'autre le soir. Régime homœopathique usité dans les maladies chroniques. Panser le chancre avec un plumasseau de charpie glissé entre le prépuce et le gland.

22 mai. Même état, *merc. solub.*, 18e, 5 globules administrés *ut suprà*.

29 mai. Le fond est rouge, l'enduit diphthéritique est détaché, les bords de l'ulcère sont toujours taillés à pic, la suppuration reste abondante.

Merc. solub., 12e, 6 globules administrés, *ut suprà*,

5 juin. Le fond de l'ulcère est plus rouge encore que la dernière fois; il s'élève avec une apparence mamelonnée; les gencives sont rouges, gonflées, sensibles pendant la mastication.

Nitri acidum, 18e, goutte j, dans 120 gr. d'eau alcoolisée, une seule cuillerée par jour, le matin à jeun.

12 juin. Très-bien. L'ulcère est presque entièrement cicatrisé, la suppuration presque nulle. Les gencives ne sont plus ni rouges ni sensibles. Pas de médicament.

19 juin. Cicatrice complète. Il ne reste plus qu'une teinte rouge à la place de l'ulcère. Pas de médicament.

26 juin. La rougeur elle-même a presque disparu. Pas de prescription.

Ce malade revient cinq mois après pour une bronchite aiguë. Examiné à ce moment, il ne présentait aucune trace de son chancre, dont la cicatrice n'était nullement apparente. Aucun symptôme consécutif n'avait paru.

L'acide nitrique fut donné ici comme antidote du mercure, surtout à cause de l'aspect framboisé que le chancre avait revêtu, aspect qui le rapprochait du chancre végétant.

On voit par ce qui précède, que rien n'est plus simple que le traitement du chancre mou frappant sur un sujet parfaitement sain du reste. Le choix du médicament n'offre alors aucune difficulté; mais le mode d'administration exige quelque soin. Le point essentiel est de n'en pas trop donner, de laisser réagir le malade à temps, afin d'éviter les aggravations.

Corallia rubra a été employé également dans le traitement du chancre mou. D'après le docteur Rückert, il conviendrait, lorsque la surface du gland et celle du prépuce sont couvertes de larges exulcérations superficielles, se creusant de loin en loin à des endroits où elles prennent un aspect lardacé, et sécrétant une sanie claire, abondante et de mauvaise odeur (1).

(1) *Loc. cit.*

On ne sera pas surpris, en regard de ces caractères, d'entendre le même auteur recommander le *corallia rubra* pour la balanite accompagnée d'ulcères superficiels du prépuce; mais il serait impossible de compter sur lui pour le chancre simple sans complication; car cet ulcère peut bien se multiplier par inoculation de voisinage, mais il ne donne jamais lieu aux excoriations dont il a été parlé tout à l'heure.

En résumé, le *mercurius solubilis* reste toujours le spécifique du chancre mou; rien ne peut le remplacer.

Le traitement devient plus difficile lorsque la syphilis frappe sur un sujet psorique ou scrofuleux.

Il est facile de comprendre comment une diathèse aussi étendue et aussi profonde que celles-ci puisse devenir une cause d'aggravation et un obstacle à la cicatrisation des ulcères.

Le point essentiel est donc de diminuer tout d'abord son influence. Le plus sûr, quand le sujet est psorique, est de commencer le traitement par le *soufre*, médicament qu'il convient de donner à la 30e dilution, et à la dose de 3 à 4 globules tous les matins, pendant trois à quatre jours, ou encore en potion, comme je l'ai dit à propos du mercure soluble.

Au bout de ce temps, on laisse reposer le malade pendant quatre autres jours, et on remplace ensuite le soufre par le *mercurius solubilis* administré comme il a été dit plus haut, avec les mêmes précautions et la même surveillance quant à la production des aggravations médicinales.

Après le mercure, il faut revenir à un antipsorique, mais non plus seulement à un agent général comme le soufre. Le médicament, cette fois, doit être choisi en raison de l'*ensemble des symptômes psoriques* présentés par le malade. La substance à laquelle on s'arrêtera ne sera donc pas la même si le sujet est atteint d'une dermatose ou d'une affection des muqueuses; elle différera encore s'il présente, dans le premier cas, un psoriasis ou un eczéma, etc., dans le second, une affection des voies respiratoires, une maladie intestinale, ou s'il est en proie à quelque affection des parenchymes.

Comme je n'ai point à m'occuper ici du traitement des maladies psoriques, je ne dois point entrer dans d'autres détails relativement au choix de ce second médicament. Je me bornerai donc à résumer ainsi les principes du traitement du chancre mou chez les sujets psoriques : 1° donner le *sulphur;* 2° faire succéder à ce médicament le *mercurius solubilis;* 3° remplacer ce dernier par un antipsorique qui ait un rapport d'homœopathicité avec l'ensemble des symptômes offerts par le malade; 4° revenir ensuite au *solubilis,* s'il en est besoin.

Le grand point pour réussir dans un semblable traitement, est de ne pas changer de médicament trop tôt ni trop vite; de laisser aux réactions le temps de se produire. Il ne faut pas surtout donner une seconde substance avant que la première ait parcouru toute sa sphère d'action. En un mot, il faut savoir attendre, et ne pas se laisser dominer par l'impatience du malade;

ne pas oublier surtout qu'il s'agit d'affections chroniques, plus dangereuses pour l'avenir que pour le présent; mais que l'on doit guérir si l'on veut être à l'abri de toute inquiétude ultérieure.

La difficulté est la même si le sujet est scrofuleux au lieu d'être psorique. Dans ce cas, Rückert a recommandé, de concert avec le docteur Gerson, de Dresde, le *biiodure de mercure* (*mercurius biiodatus*) (1), médicament qu'ils proposent de donner, de la première à la troisième trituration, par doses de 3 à 5 centigrammes, qui doivent être prises à sec, sans aucun mélange d'eau simple ou alcoolisée.

On peut dire, sans doute, que la pathogénésie de chacun des éléments de ce composé justifie son emploi. Il ne faut pas oublier, cependant, qu'au point de vue de l'action thérapeutique, le biiodure de mercure est un corps nouveau, différant de l'iode et du mercure, comme il s'en sépare sous le rapport de ses propriétés physiques et chimiques. Il serait donc fort à désirer que l'étude des effets pathogénétiques de ce médicament vînt confirmer les données de l'observation clinique, et nous permettre de bien spécifier les cas dans lesquels il devra être prescrit.

Tous les scrofuleux, en effet, ne se ressemblent pas. Chez les uns, les symptômes de la peau sont ceux qui dominent; chez d'autres, ce sont les affections glanduleuses ou les maladies des os, etc., et il serait bien

(1) *Étude sur la valeur thérapeutique et les caractères des diverses préparations mercurielles*, par le docteur Gerson, in *Allg. homœop. Zeitung.*

surprenant qu'un même médicament pût être homœopathique à des formes morbides aussi diverses.

Il ne serait pas juste assurément de refuser au biiodure mercuriel la propriété dont il est question en ce moment; mais ce médicament a échoué plus d'une fois; il faut donc savoir comment on pourra le remplacer.

On arrivera à ce but, en suivant la marche que j'indiquais tout à l'heure, donnant d'abord un médicament doué d'une action aussi générale que possible et en rapport avec la diathèse scrofuleuse. L'expérience a montré que le soufre serait encore le mieux en état de remplir ce but. Le mercure soluble, qui reste toujours le spécifique du chancre mou viendrait ensuite, pour être remplacé par une autre substance en rapport de similitude symptomatologique avec l'affection scrofuleuse à laquelle la syphilis est venue s'adjoindre.

Enfin, si le sujet a subi des infections chancreuses répétées et que le *solubilis* ne soit pas suffisant, *cinabaris* devra le remplacer.

Le malade se trouvant arrivé alors à un véritable état cachectique, il faut donner le médicament avec prudence, à une dilution moyenne, allant même jusqu'à la trentième; employer des globules dissous dans l'eau, comme je l'ai indiqué déjà, à propos du mercure.

J'ai supposé jusqu'ici que le chancre était le seul symptôme vénérien dont le sujet eût à souffrir; mais il arrive fréquemment que le phimosis, le paraphimosis et le bubon viennent s'y joindre.

Le *phimosis* et le *paraphimosis*, étant des effets organiques dus à la présence de l'ulcère, ne persistent jamais après la guérison de ce dernier ; aussi a-t-il été suffisant, dans bien des cas, de traiter le chancre comme s'il était seul.

Il est bon de remarquer cependant que tous les ulcères primitifs ne produisent pas le gonflement du prépuce, que tous les médicaments non plus ne lui donnent pas naissance ; il est donc utile, pour faire un choix rigoureux, de tenir compte de cette complication. Trois médicaments y répondent d'une manière exacte : le *mercurius solubilis*, le *nitri acidum* et le *cinabaris*. Le *mercurius solubilis* doit être choisi lorsque le gonflement du prépuce est de volume moyen, transparent, œdémateux.

Dans le cas où il augmente malgré l'emploi de cet agent, le *nitri acidum* doit remplacer le mercure. Il n'y a pas de médicament dont les effets pathogénétiques se rapprochent davantage du chancre avec phimosis, comme il est facile de s'en convaincre par la lecture des symptômes particuliers à ce médicament.

S'il arrive que le phimosis soit inflammatoire au lieu d'être œdémateux, le prépuce étant gonflé, résistant, rouge et suppurant, *cinabaris* sera préféré aux deux autres substances que je viens de nommer.

Chacune d'elles devra être donnée à la 18e ou à la 24e dilution, à une dose qui pourra varier entre 6 globules et 1 goutte, que l'on dissoudra dans 120 gr. d'eau, dont il faudra donner de 2 à 4 cuillerées par

jour, suivant l'intensité et la gravité des symptômes.

Lorsque le phimosis est porté trop loin, le prépuce se gangrène. Deux médicaments sont alors indiqués : l'*arsenicum* (acide arsénieux) et le *lachesis*.

Le premier, si la peau se couvre de taches violacées avec ou sans phlyctènes ; le second, si la teinte de l'escarre est plutôt grise que noirâtre. L'*arsenic* a souvent pour effet d'arrêter les progrès de la mortification ; le *lachesis* hâte la chute de l'escarre.

Cette élimination ayant eu lieu, si les bords de la plaie ont l'aspect chancreux, le *mercurius solubilis* se trouvera indiqué ; s'ils ont les caractères d'une plaie ordinaire, *silicea* et *graphites* seront nécessaires pour amener la cicatrisation.

Au reste, il est bien rare, quand on emploie dès le début, les médicaments que j'ai indiqués, de voir survenir ces graves complications. Il arrive d'ordinaire, sous l'influence des trois médicaments que j'ai nommés, que le prépuce diminue et que l'étranglement cesse sans amener aucun désordre.

C'est surtout contre le *phimosis gangréneux* que la chirurgie est appelée à intervenir, d'abord pour inciser l'escarre et faciliter son détachement d'avec les parties voisines ; plus tard, pour aider à la cicatrisation par un pansement convenable ; enfin, pour réparer autant que possible la perte de substance, lorsque celle-ci a eu lieu.

Ainsi que je l'ai dit, il arrive parfois que le gland étant exactement appliqué contre le prépuce, le pus sécrété en arrière de la couronne s'y accumule et

forme un véritable abcès, reconnaissable à la tuméfaction qu'il occasionne et à la fluctuation qu'il est facile de percevoir.

Le mieux alors est de pratiquer une incision qui permette l'écoulement de ce liquide, et fasse cesser la compression dangereuse qu'il exerce sur les parties voisines.

Les médicaments restent les mêmes lorsqu'il y a paraphimosis au lieu de phimosis.

Le traitement du chancre mou ne varie pas, quelle que soit la région qu'il occupe; il ne diffère pas chez la femme de ce qu'il est chez l'homme. Seulement, le gonflement des grandes lèvres, causé par l'ulcère, n'offre jamais les dangers du phimosis et n'est jamais un motif de changer le médicament.

Il en est de même lorsque le chancre occupe les profondeurs du canal de l'urètre, au lieu de se trouver à la surface des organes génitaux. Toute la difficulté consiste dans ce cas à reconnaître sa présence, ce que la pathologie nous apprend.

Le second symptôme qui accompagne fréquemment le chancre mou est le *bubon*, lequel diffère pour le traitement, quand il est dû à l'absorption directe du pus virulent, et quand il est le résultat d'un retentissement sympathique.

Dans le premier cas, ce bubon n'est qu'un chancre ganglionnaire. En réalité, c'est un ulcère de plus, ce n'est pas une maladie nouvelle; et il ne serait pas plus nécessaire de modifier la thérapeutique, lorsqu'il apparaît, qu'il ne serait utile de le faire quand un second

ou un troisième chancre se forme par inoculation de voisinage.

Le *mercure soluble* reste encore ici le médicament spécifique : c'est à lui qu'il convient d'avoir recours. Il ne faut pas s'attendre cependant qu'il empêchera la tumeur de suppurer : ceci serait tout aussi difficile à obtenir que d'empêcher une pustule de s'élever sur le point où le pus d'un chancre a été inséré par la lancette ; mais il pourra toujours limiter la suppuration, hâter l'ouverture de l'abcès, et surtout lui enlever rapidement le caractère chancreux.

Si, malgré son emploi, la tumeur tarde à s'ouvrir, *hepar sulphuris*, dont l'action pathogénique cause la suppuration des ganglions de l'aine et de ceux de l'aisselle, *hepar sulphuris* hâtera cette terminaison.

S'il ne suffisait pas, il serait nécessaire de pratiquer une ponction avec le bistouri, afin d'éviter que la collection purulente ne s'étendît assez pour détruire le ganglion.

Dans cette sorte de bubon, c'est, en effet, au centre même de la glande que le pus se forme ; d'où il résulte qu'il a souvent un long trajet à parcourir avant d'arriver sous la peau. Bien des fois aussi, il se fait un double foyer : l'un dans le ganglion ; son pus est inoculable ; l'autre dans le tissu cellulaire environnant.

Dans tous les cas, un certain temps est nécessaire pour que l'abcès puisse s'ouvrir. Durant cette période, les douleurs sont vives, les tissus se trouvent décollés. Faire une incision, c'est donc abréger les souffrances du malade, et lui éviter des désordres toujours longs

à réparer, et dont il est très-difficile plus tard de dissimuler les traces.

L'abcès étant ouvert, l'orifice de la fistule ayant les caractères du chancre, étant douloureux pendant la marche, et amenant une sensation de paralysie de la cuisse avec douleurs tensives dans tous ses muscles, *nitri acidum* remplacera le mercure avec avantage.

Seulement, il faudra revenir à *mercurius solubilis* dès que le gonflement aura diminué, et que les douleurs de la cuisse auront cédé.

Enfin, du moment où la fistule aura repris sa forme habituelle, où les caractères du chancre auront disparu, le travail de cicatrisation commençant à se faire, on pourra le laisser s'accomplir sans autre médicament.

S'il arrivait que la constitution scrofuleuse entravât la guérison, *phosphorus* remplacerait l'acide nitrique avec avantage ; il devrait être donné après lui. Si la cicatrisation tardait encore à se faire, *silicea* devrait succéder à *phosphorus*, mais seulement lorsque ce dernier médicament aurait ramené le ganglion à son volume normal.

S'il y avait complication de psore, *sulphur*, suivi de *graphites*, produirait un très-bon résultat.

Ces divers médicaments seront donnés de la manière suivante :

1° *Mercurius solubilis*, comme il a été dit plus haut (page 332), et à intervalles d'autant plus rapprochés que la marche de la maladie sera plus rapide.

2° *Hepar sulphuris* à la 12e ou à la 18e dilution, à la

dose de 6 globules à 1 goutte dans 120 grammes d'eau, mélange dont il sera pris une cuillerée de six en six heures.

3° *Nitri acidum* aux mêmes dilutions que *hepar*, mais à des intervalles moins rapprochés, trois fois par jour, par exemple.

Cette différence dans le mode d'administration tient à ce que ce médicament n'est donné qu'après l'ouverture de l'abcès, à un moment où l'acuïté de la maladie a cessé.

4° *Phosphorus*, *silicea*, *sulphur* et *graphites* ne doivent être employés qu'à la 24e ou la 30e dilution, à la dose de 6 à 8 globules dissous dans 120 grammes d'eau, dont il est donné une cuillerée à bouche le matin, et une le soir.

Règle générale : plus la marche des symptômes se rapproche de celle des maladies chroniques, plus les dilutions doivent être élevées, et plus les doses de médicament doivent être éloignées les unes des autres.

Le traitement du bubon appelé *sympathique* réclame d'autres médicaments. On n'en sera pas surpris, si l'on se rappelle que, par ses caractères et par sa marche, ce bubon diffère du précédent.

Sous le rapport du choix du médicament, cette tumeur présente quatre moments qu'il convient de distinguer :

1° Son *début*. A cette époque, le malade accuse un sentiment de gêne dans l'aine, avec douleur légère, obtuse pendant la marche. Le ganglion est un peu plus volumineux que ceux qui l'entourent, un peu sensible

à la pression. Il est rare que l'on ait à tenir compte de cette complication, et qu'on change alors le médicament auquel on s'était arrêté pour le chancre ; car bien souvent il suffit de mettre le malade au repos et de continuer le *mercurius solubilis*, pour voir le gonflement de l'aine s'arrêter, puis disparaître.

2° Toutefois, comme le bubon sympathique ne paraît guère que chez les scrofuleux, le mercure ne suffit pas toujours à entraver sa marche ; la tumeur arrive alors à sa seconde période, qu'on peut appeler *période inflammatoire*. La tumeur augmente, la douleur devient plus vive, surtout pendant la marche et au toucher ; la peau rougit. *Carbo animalis* est le médicament spécifique en pareil cas. Il faut le donner à la 18e ou à la 24e dilution, à la dose de 4 à 6 globules, répétés de quatre à six fois par jour, ainsi que l'enseigne Caspari (1).

Le *carbo* amène souvent la résolution de l'ulcère, alors même que la suppuration est imminente.

3° S'il ne réussit pas en ce sens, la tumeur continue sa marche, la peau s'amincit, la fluctuation devient manifeste. *Hepar sulphuris*, 18e dilution, donné par cuillerées à bouche, de quatre en quatre heures, par exemple, mais toujours à des intervalles rapprochés, agit comme il a été dit tout à l'heure. Quelquefois il amène la résorption du pus et la résolution du bubon, le plus souvent il hâte la rupture de l'abcès. Si son action n'est pas rapide, l'incision doit être pratiquée.

(1) Voy. *Annales de la méd. homœop.* Paris, 1840, p. 11.

4° Après la *période de suppuration* arrive celle de la *réparation des tissus*. Lorsqu'elle suit une marche progressive et régulière, il suffit de surveiller le pansement; les médicaments sont inutiles. Mais si le ganglion est engorgé et qu'il y ait des trajets fistuleux, *phosphorus* suivi de *silicea* rendront de très-grands services, et pourront suffire à la guérison.

2° Chancre induré.— Le symptôme caractéristique pour le choix du médicament approprié à cette espèce de chancre, c'est l'induration. C'est elle qui sert à fixer le diagnostic; tout l'avenir du malade repose sur son existence; sa valeur thérapeutique est incontestable.

Or, parmi les agents de la matière médicale, il en est deux surtout qui produisent sur l'homme sain tous les caractères de cette base du chancre; je veux dire le *lachesis* et le *sulphur*. Le premier fait naître des vésicules, auxquelles succède un ulcère accompagné de l'épaississement du prépuce, et cet épaississement peut aller jusqu'au point d'acquérir une consistance cartilagineuse; le second rend le prépuce dur, roide, brillant à sa face interne, ou sécrète une sanie claire et de mauvaise odeur (1).

Il reste à déterminer maintenant l'ordre d'administration de ces deux substances. Si le malade n'a encore

(1) Voy. *Traité des malad. chron.*, pathogénésie du soufre. *Manuel de mat. méd.*, par Noack et Trincks, art. *Lachesis*, et la traduction de la pathogénésie de ce médicament, par le docteur de Moor (d'Alost), publiée par le journal de la Société hahnemannienne de Paris.

subi aucun traitement mercuriel, *lachesis* doit avoir la préférence. On le donne à une dilution moyenne, par doses de 2 à 4 globules dans 120 gr. d'eau, par cuillerées répétées de quatre à six fois par jour.

Si le malade a pris du mercure, *sulphur* précédera *lachesis*, en raison de ses propriétés antidotiques.

Il faut alors faire prendre le soufre à la 24e ou à la 30e dilution, en mettre 6 globules dans 120 grammes d'eau, et donner toutes les six heures, ou toutes les quatre heures, une cuillerée à bouche de cette potion.

Ce médicament ayant été continué assez longtemps pour effacer les effets les plus saillants du mercure, c'est-à-dire pendant cinq à six jours, on laisse réagir le malade, puis on lui donne le *lachesis* de la manière indiquée plus haut.

Ces médicaments, du reste, doivent être administrés pendant assez longtemps. Comme les symptômes de la maladie sont persistants, que, par nature, celle-ci tend à se prolonger, il faut insister sur les deux substances indiquées, les cesser pour y revenir, laissant toujours entre l'administration des substances actives un intervalle de repos proportionné à la durée d'action de ces médicaments.

Il est un point essentiel à observer lorsqu'on doit répéter pendant longtemps une même substance : c'est de changer sa dilution. Dans ce cas, ou l'on commence par une puissance élevée, pour arriver à employer des dilutions de plus en plus basses ; ou bien l'on part d'une dilution inférieure, pour s'élever jusqu'aux plus hautes. C'est au médecin à déterminer

l'ordre qui est préférable pour le malade, et qui se trouve plus en rapport avec la substance employée. Le véritable but de la thérapeutique homœopathique étant de guérir avec la plus petite dose de médicament possible, et, lorsqu'il s'agit d'une maladie virulente, de donner à l'action dynamique de chaque agent tout le développement qu'elle comporte, il faut débuter, en général, par des dilutions élevées, puis se rapprocher de plus en plus des dynamisations inférieures à mesure que l'on reconnaît la nécessité d'avoir une action plus matérielle, plus organique.

D'autres médicaments ont été encore recommandés : *cinabaris, merc. præcipit. ruber.* et *merc. biiodatus.*

Le premier est recommandé par Rückert (1), lorsqu'il est nécessaire d'obtenir une action rapide, et si le sujet est cachectique ou scrofuleux.

Le second, auquel Hartmann (2) accorde la préférence, paraît approprié au chancre mou bien plus qu'au chancre induré, car il donne un gonflement considérable de la verge, le phimosis et le paraphimosis, et des ulcères multiples, tous caractères qui appartiennent bien plus au premier qu'au second.

Quant au *biiodure de mercure,* il ne conviendrait que dans le cas où il y aurait complication de syphilis et de scrofule, ou lorsqu'il a été fait abus d'autres préparations mercurielles.

Le *lachesis* et le *sulphur* sont indiqués, au contraire,

(1) *Loc. cit.*

(2) *Traité des mal. aiguës et des mal. chron.*, t. II, p. 672.

pour le chancre induré sans complication, ce que l'expérience pure démontre, et ce que l'observation clinique confirme de tous points.

Au reste, le médecin doit distinguer, dans le traitement de cet ulcère primitif, trois époques distinctes : ou bien le chancre existe seul, ou bien le malade porte à la fois le chancre et l'induration, ou bien encore l'induration persiste après la cicatrisation de l'ulcère.

Si le chancre ne s'est pas encore induré, on sera conduit à lui opposer le *merc. solub.* Ce sera sans succès, et il deviendra nécessaire d'arriver aux autres médicaments que j'ai indiqués.

Il n'y aura pas de doute si l'induration existe, qu'elle soit seule ou accompagnée de l'ulcère ; le traitement indiqué devra, dès lors, être mis en pratique. Il en sera de même si le chancre est cicatrisé. J'en citerai un exemple.

Deuxième Observation. — M. D***, 40 ans, lymphatico-nerveux, contracte un chancre au mois de mai 1851. Ce chancre s'indure ; malgré cela, on le cautérise, tout en administrant les mercuriaux. Sous l'influence de ce traitement, l'ulcère se cicatrise, mais l'induration persiste.

M. D*** me consulte à la fin du deuxième mois.

Il porte sur le gland une large induration, ayant la consistance spécifique et pénétrant profondément dans les tissus. Ceux-ci ont une teinte rouge violacé très-prononcée. Pas de suintement, pas de douleur. Engorgement induré des ganglions de l'aine gauche, les-

quels ont le volume de gros pois, sont parfaitement distincts les uns des autres, et sans changement de couleur de la peau. — Pas de maladies chroniques antérieures. Comme symptômes secondaires, rien, si ce n'est un commencement d'alopécie. Le mercure a été abandonné depuis trois semaines.

20 juillet 1851.—*Lachesis trig.* 24e dilution, goutte j, dans 250 gr. d'eau; en prendre 3 cuillerées par jour. Régime homœopathique.

25 juillet. — La rougeur du gland a beaucoup diminué, la consistance de l'induration est moindre; les ganglions engorgés n'ont pas varié.

Ce malade, partant pour la province, où il habitait d'ordinaire, reçoit 10 doses de *lachesis*, 30e dilution, chaque dose renfermant 5 globules. Une de ces doses devait être prise chaque matin.

6 août. — M. D*** m'écrit que l'amélioration continue, en ce sens que l'induration se ramollit de plus en plus, et que la coloration du gland s'efface.

Repos de dix jours, puis revenir à *lachesis*, 24e, 5 globules pour chaque dose.

2 septembre. — La coloration du gland est redevenue tout à fait normale; la consistance des tissus reste un peu plus grande au point où existait l'induration; les ganglions diminuent.

10 doses *mercurius solubilis*, 18e dilution, 6 globules.

15 septembre. — Pas de changement.

15 doses *lachesis*, 18e, 5 globules.

1er octobre. — Le malade vient lui-même. Je constate que l'induration a disparu entièrement, et que les ganglions inguinaux seuls restent un peu volumineux.

10 doses *sulphur*, 30e, 4 globules.

15 octobre. — Très-bien ; les ganglions diminuent. Pas de médicament.

Un mois après, je constate que les ganglions eux-mêmes ont disparu.

10 doses *lachesis*, 12e, 4 globules : une dose tous les 2 jours, puis repos de 15 jours.

Le malade revient à la fin de décembre. Il n'y a plus aucune trace de ses symptômes primitifs; la chute des cheveux est arrêtée ; aucun autre accident secondaire n'a paru.

Un an après, je revis M. D***. Il lui était survenu, pendant un voyage fait en diligence, une hydrocèle vaginale du côté gauche, affection qu'il rapportait à quelque froissement qu'il avait éprouvé pendant la route.

10 doses *arnica*, 12e, 6 globules, suivies de 20 doses *rhododendron chrysantum*, 3e trituration de M. Weber (1), et 20 autres doses de la 6e trituration de ce même médicament, amenèrent la résolution complète de cet épanchement.

Les soins que j'eus à donner alors à ce malade me permirent de constater que son chancre n'avait pas

(1) *Voyez*, pour la préparation des médicaments à l'aide du dynamisateur, le *Codex des médicaments homœopathiques*, par G. Weber.

été suivi de vérole. Voilà plus de sept ans que les symptômes primitifs ont disparu, et la santé n'a pas été altérée de nouveau.

Cet intervalle est trop court, sans doute, pour permettre d'affirmer que M. D*** soit absolument à l'abri des effets du virus syphilitique ; mais, ce qui est incontestable, c'est que les accidents secondaires n'ont point paru au bout des six mois, ce terme habituellement si fatal, et que le traitement mercuriel qui avait été suivi au début, était trop court et trop incomplet pour rendre compte d'un semblable retard dans l'évolution de la maladie.

Il est bien rare que le chancre induré donne lieu à un phimosis assez considérable pour qu'il y ait lieu de tenir compte de cette complication. Cet ulcère, ne s'accompagnant, en général, d'aucun signe d'inflammation violente, n'amène jamais qu'un léger gonflement du prépuce. Le mieux alors est de ne pas changer de médicament.

Si cependant le phimosis augmente, *cinabaris* doit être employé. Lui seul donne, en effet, ce gonflement préputial dur et résistant qui accompagne le chancre induré.

Le bubon réclame rarement un autre médicament que l'induration elle-même. Cependant, s'il survit à cette dernière; s'il résiste au *lachesis* et au *sulphur*, IODIUM est le véritable spécifique à lui opposer.

La maladie, affectant alors une marche lente, réclame une action assez énergique. Aussi faut-il donner l'iode à une dilution un peu basse, la 12e ou la 9e,

et à la dose de 2 ou 3 gouttes dans une potion de 250 grammes d'eau alcoolisée ; potion dont le malade doit prendre 2, ou, au plus, 3 cuillerées par jour.

Sous l'influence de ce médicament, les ganglions éprouvent une diminution notable, et il est inutile de répéter la dose aussi longtemps que le mieux continue. Rarement est-on obligé de revenir à deux ou trois reprises à l'administration de l'iode, ce qu'il faut faire en élevant peu à peu la dilution.

3e Chancre phagédénique. — Le phagédénisme n'appartient pas au virus syphilitique ; c'est une complication que plusieurs causes différentes peuvent produire ; aussi réclame-t-il des médicaments assez variés.

1° Il est bien souvent le résultat du mauvais emploi du mercure, surtout de l'application de l'onguent napolitain sur un chancre mou ou sur un bubon suppuré ;

2° D'autres fois il est dû à des cautérisations intempestives ;

3° A la coexistence de la psore ou de la scrofule ;

4° Enfin, l'affaiblissement causé par les progrès de l'âge ou par un état cachectique dû à des infections répétées, le favorisent très-souvent.

Les médicaments varient en raison de ces conditions diverses.

Lorsqu'il a été fait antérieurement abus de mercure, il faut recourir aux antidotes de ce médicament ; *nitri acidum*, *hepar sulphuris*, *carbo vegetabilis* se trouvent indiqués.

Nitri acidum, quand l'ulcère est peu douloureux, que ses bords sont renversés, que le fond sécrète une sanie abondante ; s'il affecte la forme serpigineuse.

Hepar sulphuris, lorsque l'ulcère est le siége de douleurs pulsatives, déchirantes, et qu'il saigne très-facilement.

Carbo vegetabilis, si les bords sont violacés, mous, comme scorbutiques, décollés, que la sanie soit fétide, et surtout si le malade est très-affaibli.

S'il arrive que le chancre se soit étendu à la suite de cautérisations intempestives, sans le concours d'aucun autre vice général, il suffit de modifier le pansement, d'appliquer quelques plumasseaux de charpie imbibée de *teinture d'arnica* étendue d'eau (une cuillerée à café pour un grand verre). L'effet du caustique est facilement annulé par ce moyen, et l'on peut revenir ensuite au traitement indiqué pour l'ulcère vénérien primitif.

La coexistence de la psore et de la syphilis fait que le chancre se recouvre d'une croûte sous laquelle l'ulcère se creuse; *sulphur* est alors parfaitement utile.

Lorsque le chancre est entouré d'une aréole rouge et dure, que ses bords sont enflammés, que le liquide sécrété est plus sanguinolent que purulent, surtout s'il existe des douleurs extrêmement vives, qui augmentent la nuit et troublent le sommeil, *causticum* sera préférable.

Quand le sujet est scrofuleux, le fond de l'ulcère se recouvre d'un enduit diphthéritique ; *baryta carbonica,*

si efficace pour combattre la formation des fausses membranes, est alors très-efficace.

Borax veneta convient aussi quand la couenne est mince, blanche, peu adhérente, et qu'elle repose sur un fond d'un rouge assez vif.

L'ulcère ayant été ramené à l'état de plaie simple par l'un de ces médicaments, sa cicatrisation peut se faire sans d'autre secours ; si elle paraissait s'arrêter, *silicea* devrait être ordonnée.

Enfin, la cicatrisation s'étant accomplie par places, entre lesquelles il reste des trajets fistuleux, *graphites* remplacerait très-bien *silicea*.

Lorsque le phagédénisme se montre chez des sujets porteurs d'une affection désorganisatrice, de tubercules ou de cancer ; chez des vieillards, chez des hommes épuisés par l'excès du travail et de la misère ; enfin, chez des malades qui ont subi des infections syphilitiques nombreuses, et qui sont arrivés à un état de cachexie avancée, il faut, dans le cas d'affection désorganisatrice, alterner les médicaments appropriés à la maladie organique , avec ceux qui sont en rapport avec le phagédénisme et avec la syphilis.

Chez les vieillards et les sujets épuisés par les privations, *china* est un intercurrent fort utile, lorsqu'il y a une abondante suppuration, des hémorrhagies répétées, ou une diarrhée fréquente. Seulement, il faut revenir ensuite à un des médicaments précédemment indiqués.

Lorsque l'affaiblissement est le résultat d'excès de coït, *acidum phosphoricum* est préférable à *china*.

Restent enfin les malades atteints de cachexie syphilitique : rien n'est plus grave pour eux que le phagédénisme. Cette complication est alors d'autant plus redoutable, qu'il a généralement été fait un grand abus du mercure, et que l'action du médicament vient compliquer celle du virus.

Hepar sulphuris, aurum muriat. seraient parfaitement indiqués. *Nitri acidum* devrait être choisi dans les cas où existerait l'un de ses symptômes caractéristiques.

Toutefois, s'il n'y avait pas d'accidents mercuriels, que les préparations hydrargyriques aient été abandonnées depuis longtemps, le *mercurius solubilis,* et même le *sublimé corrosif,* recommandé par Hartmann et par le docteur Rückert, devraient être administrés.

Il faudrait seulement les abandonner bientôt pour revenir aux sulfureux, surtout au foie de soufre, et, plus tard, à l'un des agents nommés plus haut.

Ces médicaments ont tous pour effet de faire cesser le phagédénisme, la nature chancreuse de l'ulcère, et de permettre au travail réparateur de s'établir.

Thuya a été recommandé par Hartmann comme le spécifique des chancres serpigineux. Mais ceux-ci, comme les premiers, ne cèdent pas à un médicament unique, parce qu'ils ne sont pas l'effet d'une seule cause morbide.

Cependant, en tenant compte de la forme circulaire, même incomplète, affectée par l'ulcère, on devrait recourir à *sepia,* dont l'utilité serait manifeste, chez les femmes surtout.

Il est enfin un médicament qu'aucun auteur n'a signalé, et dans la pathogénésie duquel on trouve les symptômes suivants : « Une petite érosion du pénis « devient un ulcère qui parcourt rapidement toute « l'étendue de la verge ; ses bords sont durs, son fond « se recouvre d'un enduit diphthéritique et saigne faci- « lement (1). » Ce médicament est le *juglans regia*. Personne n'en parle, aucun médecin ne paraît l'avoir employé contre le phagédénisme. A en juger par sa pathogénésie, il doit cependant être fort utile ; je ne saurais trop recommander de l'expérimenter.

Il est impossible, on le comprend, de fixer pour chacune de ces substances une dilution unique et un mode d'administration invariable. Ce qu'il faut considérer surtout, sous ce rapport, c'est la rapidité avec laquelle l'ulcère se propage, l'état des forces du sujet, les conditions qui ont amené cette complication.

Plus les ravages de l'ulcère s'étendent promptement, plus les doses doivent être massives, plus souvent il convient de les répéter. Si alors le sujet est robuste, que la force de réaction soit, chez lui, dans toute sa puissance, la 9e, la 12e, au plus la 18e dilution doivent être employées. On ne doit pas craindre non plus de donner des gouttes et de faire prendre chaque jour plusieurs cuillerées de la potion.

Il en est encore ainsi, lorsqu'il faut combattre les effets du mercure et employer ses antidotes.

Mais si le phagédénisme tient à l'existence de dia-

(1) Manuel de Noack et Trincks, vol. III, p. 1459, *Sympt. de la peau.*

thèses profondes, à la psore ou aux scrofules ; si l'on a affaire à un sujet épuisé, cachectique, atteint d'une affection désorganisatrice, il est nécessaire de ménager beaucoup plus les médicaments. Les dilutions élevées sont indispensables, les globules doivent être préférés aux gouttes, les doses sont toujours administrées à des intervalles éloignés.

On ne doit jamais, dans ce cas, vouloir aller trop vite, parce qu'on ne fait alors rien de bon. Chez de semblables sujets, les médicaments causent souvent des aggravations, les réactions sont lentes à se produire, et si les doses sont trop fortes ou trop rapprochées, la maladie s'aggrave au lieu de s'améliorer, et l'action thérapeutique s'adjoint à celle des causes morbides, au lieu d'être un obstacle pour ces dernières.

C'est alors surtout qu'il faut interrompre souvent l'administration des médicaments ; laisser au malade des intervalles de repos, parfois assez prolongés, et ne jamais donner une nouvelle substance tant que l'action de la première n'est pas complétement épuisée.

Le pansement de ces ulcères est une des difficultés de leur traitement homœopathique. D'une part, on se trouve toujours mal d'appliquer quelque corps gras à leur surface, de sorte que le cérat doit être proscrit ; de l'autre, il faut éviter l'emploi des substances médicinales actives, lesquelles seraient absorbées et viendraient troubler l'action des médicaments donnés à l'intérieur.

Ainsi, le vin aromatique recommandé par M. Ricord, le tartrate de fer et de potasse utilisé par un grand

nombre de praticiens, l'extrait gommeux d'opium mêlé à l'eau de laitue, etc., ne peuvent nous convenir. Il nous resterait donc l'emploi du vin uni au sucre candi, d'après la formule de M. Baumès :

Sucre candi.....	4	grammes.
Vin.....	30	—

mélange qui n'aurait pas les inconvénients des autres préparations.

Le plus simple est évidemment d'appliquer sur les ulcères des plumasseaux de charpie imbibés avec de l'eau alcoolisée, ou mieux avec une solution du médicament que l'on fait prendre à l'intérieur.

On pourrait, par exemple, lorsqu'on administre l'acide nitrique, le foie de soufre, etc., imbiber la charpie avec de l'eau alcoolisée, contenant 10 ou 12 gouttes d'une dilution inférieure d'une de ces substances. Mais il ne faudrait jamais employer à l'extérieur un médicament autre que celui dont le malade fait usage à l'intérieur, et cela pour la même raison qui nous a fait rejeter les substances actives de l'allopathie. Dans les intervalles de repos laissés à la réaction, l'eau alcoolisée serait seule employée.

Si la charpie venait à adhérer à l'ulcère, il faudrait l'humecter avec de l'eau tiède, en ayant grand soin de ne l'enlever qu'après l'avoir détachée entièrement.

4° Chancre gangréneux. — La gangrène frappe le chancre de deux manières. Tantôt le fond de l'ulcère se couvre d'un point noir qui va toujours en s'éten-

dant; ce point envahit peu à peu toute la surface de l'ulcère, dépasse alors ses limites et s'étend aux tissus voisins.

D'autres fois, la gangrène est l'effet du gonflement des tissus et de la compression que les parties engorgées exercent l'une contre l'autre. Ceci se présente lorsque le prépuce, étant devenu le siége d'un phimosis considérable, comprime le gland, et retient en arrière de la couronne, le pus sécrété par le chancre; ou encore dans le cas de paraphimosis, alors que le prépuce et la verge se compriment réciproquement.

Quelle que soit la cause de cette complication, le médicament spécifique est l'*arsenicum* (acide arsénieux). On trouve, en effet, dans sa pathogénésie les symptômes les plus caractéristiques de la gangrène, surtout de celle des organes génitaux. D'abord, des ulcères d'un aspect affreux et sécrétant une petite quantité de pus fétide, devenant le siége de fréquentes hémorrhagies, causant des douleurs lancinantes et brûlantes; puis, l'inflammation des organes génitaux allant jusqu'à la gangrène et s'accompagnant d'un gonflement douloureux; enfin, la gangrène subite des organes génitaux de l'homme.

En ajoutant à ces altérations locales les symptômes généraux engendrés par ce médicament, il devient évident qu'aucune substance n'est mieux indiquée.

Si le sujet est robuste, on peut employer l'*arsenic* à une dilution assez basse, la 12e par exemple; le donner par gouttes et à des intervalles assez rapprochés. Si le malade est épuisé, on doit être plus prudent,

ainsi que je l'ai indiqué tout à l'heure à propos du phagédénisme.

L'escarre s'étant limitée sous l'influence de ce médicament, se détache, en général, sans d'autre secours. Si ce travail d'élimination tardait à se faire, il faudrait donner *lachesis* après arsenic, le prescrire à la 18e ou à la 24e puissance, en globules dissous dans l'eau alcoolisée. Les doses ne devraient plus être aussi rapprochées; 3 cuillerées dans les vingt-quatre heures seraient suffisantes.

L'ulcère étant nettoyé, se cicatrise presque toujours, la gangrène ayant pour effet de détruire la virulence. S'il en était autrement, il faudrait revenir au traitement du chancre, dès que la plaie reprendrait l'aspect de l'ulcère primitif.

Dans le cas où rien de semblable n'aurait lieu, et où la réparation des tissus tarderait à se faire, il faudrait donner *sulphur* à la place de lachesis, et *silicea* après sulphur. Chacun de ces médicaments à la 30e dilution et en globules.

Enfin, si l'on avait affaire à un sujet épuisé, *china* deviendrait très-utile. Il serait bon seulement de le faire prendre à une dilution moyenne et à la dose de 3 à 4 gouttes pour 120 gr. d'eau alcoolisée.

Le pansement serait celui que j'ai indiqué pour le chancre phagédénique.

Il est facile d'induire de ce qui précède que l'ulcère primitif qui deviendrait à la fois serpigineux et gangréneux, réclamerait l'emploi successif des médicaments appropriés à chacune de ces transformations. *Arsenic*

serait toujours essentiel, mais il ne suffirait pas à lui seul ; les substances indiquées plus haut devraient lui succéder.

Les malades atteints de phagédénisme ou de gangrène étant toujours plus ou moins affaiblis, on doit veiller avec soin sur leur régime, rendre celui-ci fortifiant sans être excitant ; surtout ne permettre aucun aliment capable de troubler l'action des médicaments.

Lorsque la gangrène est la conséquence du phimosis ou du paraphimosis, la chirurgie est souvent appelée à intervenir. Il n'est même pas rare de conjurer de graves désordres par un débridement pratiqué à propos. Parfois on est obligé de pratiquer l'excision d'une portion du prépuce ou la circoncision elle-même. Tous les traités de chirurgie indiquent les détails de ces opérations.

5° Chancre végétant. — Un chancre ne prend cet aspect qu'au moment où il entre dans sa période de réparation. Aussi le mercure lui a-t-il été le plus souvent prodigué, de manière à ce qu'il n'y ait pas lieu de songer à y revenir.

Cette transformation, du reste, ne s'observe que dans le cas où la sycose accompagne la syphilis. Les médicaments doivent être en rapport avec cette double origine.

La première substance à laquelle il faille songer en pareille occurrence, est l'*acide nitrique*. Par ses effets purs, il se rapproche essentiellement de la sycose ; de plus c'est un antidote puissant des préparations mercurielles, ainsi que je l'ai rappelé plusieurs fois.

On le donne à la 18e ou à la 24e dilution, en gouttes

ou en globules, suivant l'état des forces du malade. Cette espèce de chancre n'ayant pas une marche très-rapide, n'entraînant pas à de grands dangers, il n'est pas nécessaire de répéter la dose plus de deux fois par jour.

Si les végétations sont rouges, que le fond de l'ulcère ait un aspect framboisé, qu'il saigne au moindre contact, sécrétant un pus abondant, peu épais, corrosif, *thuya* doit succéder au nitri-acidum.

Si la cicatrisation tarde à se faire, c'est qu'il y a quelque complication psorique pour laquelle le soufre doit être donné comme intercurrent. Sous l'influence de ces médicaments, le fond de l'ulcère s'abaisse, et la réparation commence. En général, il suffit de laisser réagir le malade pour qu'elle s'accomplisse entièrement.

Dans le cas, cependant, où l'ulcère reprendrait l'aspect chancreux en perdant le caractère sycosique, il faudrait revenir au *mercurius solubilis*, comme il a été dit à propos du chancre mou.

Il arrive parfois que l'ulcère doit son aspect à ce que sa base indurée est devenue très-proéminente. Il s'agit alors d'un ulcère de la seconde espèce et non d'un chancre végétant. Il faut donc le traiter comme chancre induré avec le *lachesis* et le *sulphur*, et non comme un effet du virus syphilitique et du virus sycosique réunis.

Le *mercurius præcipitatus ruber* (oxyde rouge de mercure) a été recommandé contre le chancre végétant. On ne pourrait y songer que dans le cas où aucune préparation mercurielle n'aurait été don-

née antérieurement, ce qui est extrêmement rare.

Ce serait ici le lieu de parler des ulcères primitifs dénaturés par les préparations hydrargyriques; mais j'ai eu occasion de signaler à propos de chaque espèce de chancre, les précautions qu'il faut observer lorsqu'on est appelé à combattre une diathèse syphilitico-mercurielle. Devant revenir plus tard sur ce sujet, lorsque j'aurai à parler d'une manière générale de la vérole compliquée d'une cachexie médicinale, je n'entrerai pas en ce moment dans d'autres détails. Il me suffira donc, pour terminer ce qui a trait à la thérapeutique homœopathique de la syphilis primitive, d'indiquer le traitement des bubons d'emblée.

6° Bubons d'emblée. — D'après ce qui a été dit sur la genèse de ces tumeurs, il est facile d'induire que les médicaments nécessaires à leur traitement ne doivent pas différer de ceux qui conviennent au bubon accompagné d'un chancre.

Cependant, le bubon d'emblée offre quelques caractères qui lui sont propres; son développement est précédé, puis accompagné de symptômes généraux qu'on ne rencontre pas dans d'autres cas.

Le premier soin du médecin doit donc être de choisir un médicament qui soit en rapport avec ces souffrances. En agissant ainsi, il trouvera bien souvent indiqués *aconit, belladone, pulsatille.*

Aconit, lorsque la fièvre est intense et qu'elle se rapproche de la fièvre inflammatoire;

Belladone, s'il y a, en outre de la chaleur de la peau, de la fréquence et de la dureté du pouls, une agitation

allant jusqu'au délire, une soif ardente; surtout si la langue est rouge et lisse.

Pulsatille chez les sujets lymphatiques, s'ils accusent de nombreux frissonnements, que la langue soit rouge et piquetée sur ses bords, recouverte, au fond, d'un enduit muqueux blanc et épais ; s'il y a de la soif avec dégoût prononcé pour les aliments.

Chacun de ces médicaments doit être prescrit à une dilution moyenne, à la dose de 6 globules à une goutte, dissous dans 120 gr. d'eau distillée; potion qui devra être administrée par cuillerées à bouche données de trois en trois heures.

L'état général étant modifié, et le bubon se développant, il faut en venir aux substances indiquées plus haut (p. 343). C'est alors que le *carbo animalis*, *mercurius solubilis*, *hepar sulphuris* trouveront leurs indications, si la tumeur menace de suppurer; tandis que *lachesis* et *iodium* seraient réservés pour le cas d'induration. Le choix de ces substances serait déterminé par les caractères que j'ai rapportés.

Un point essentiel est de tenir le malade au repos complet, afin de diminuer la douleur et de ne pas favoriser le travail inflammatoire. Il est bon aussi de recouvrir la tumeur de quelques cataplasmes et de pratiquer l'incision de l'abcès en temps opportun.

ART. 2. — SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE.

§ I.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Les différentes manifestations de la syphilis constitutionnelle sont précédées et accompagnées de symptômes généraux. Les uns se rapportent à un véritable état fébrile, qui se rapproche sous beaucoup de rapports de celui qu'on observe dans le cours des maladies chroniques.

Il se compose d'accès qui reviennent périodiquement, et dans lesquels on observe un frisson très-passager, un stade de chaleur beaucoup plus long et des sueurs très-abondantes. Il est même arrivé que, les autres symptômes étant peu marqués, on a cru à de véritables accès de fièvre intermittente (1), ces accès revenaient à heure fixe et toujours le soir.

En même temps que la circulation se trouble, des symptômes apparaissent du côté du système nerveux; la céphalée et les douleurs rhumatoïdes sont les deux groupes qu'on observe alors.

La céphalée se compose de douleurs aiguës, occupant un point déterminé du crâne et revenant la nuit pour cesser lorsque le jour approche. Elle suit par conséquent la même périodicité que la fièvre. Les douleurs rhumatoïdes occupent tantôt une partie, tantôt une autre, ont des caractères variés, ne sont ja-

(1) *Voy.* Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis.*

mais très-aiguës, mais offrent l'exacerbation nocturne la plus tranchée.

D'autres souffrances persistent entre ces moments de crise. Le visage est pâle, tiré, amaigri; il y a des courbatures constantes, un état de faiblesse extrême avec répugnance pour le travail, surtout pour le mouvement. L'appétit diminue, le sommeil est constamment troublé, soit par les douleurs, soit par une insomnie que rien n'explique. Souvent aussi l'appétit augmente, et le malade se plaint d'une véritable boulimie qui est en opposition avec la fièvre.

En même temps les ganglions s'engorgent, surtout ceux de la région cervicale postérieure, et forment des masses peu douloureuses, non indurées et sans aucune tendance à la suppuration.

Enfin, le sang s'altère : la proportion de ses globules diminue, celle de l'albumine augmente, tandis que la partie fibrineuse n'est point altérée, ainsi qu'il ressort des analyses exécutées par M. Grassi (1).

Les symptômes de la syphilis constitutionnelle ont été séparés en deux classes : les symptômes secondaires et les symptômes tertiaires. C'est là, on peut le dire, la classification française. M. Virchow, de Berlin, a montré dans un ouvrage récemment traduit, tous les défauts de cette classification chronologique, qu'avaient attaquée déjà MM. de Baerensprung et Sigmund. Ce même auteur a tenté de substituer à cette classification une division fondée sur l'anatomie patholo-

(1) *Voy.* Ricord, *Leçons sur le chancre*, p. 146 et suiv.

gique, tentative que j'aurai à examiner plus tard, en parlant des gommes auxquelles le médecin de Berlin fait jouer un rôle important (1).

Il devient impossible, en présence de ces contradictions, de suivre l'ordre purement chronologique; l'ordre anatomique est préférable. J'étudierai donc les effets du virus syphilitique sur les surfaces de rapport, le tissu cellulaire, les os, le système nerveux, l'appareil lymphatique et les viscères.

§ II.

SYPHILIDES.

Les dermatoses syphilitiques présentent des caractères particuliers, dont on a voulu faire des signes pathognomoniques. Ces caractères, toutefois, lorsqu'on les considère isolément, ne sont pas assez constants pour qu'on puisse leur accorder une valeur absolue.

La *coloration,* par exemple, à laquelle Biett accordait une extrême importance, est souvent d'un rouge cuivré, facile à reconnaître; d'autres fois on l'a comparée à celle de la chair de jambon. Mais il arrive fréquemment que cette nuance est très-douteuse ou qu'elle manque entièrement.

Ce qui est vrai de ce signe, l'est bien plus encore de

(1) *La syphilis constitutionnelle,* par R. Virchow, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Berlin, etc., traduit de l'allemand par le docteur P. Picard. Paris, 1860.

la *forme* des syphilides; car si ces éruptions affectent souvent une disposition circulaire, il n'en est pas toujours ainsi. L'*épaisseur* et la *couleur verdâtre des croûtes*, leur consistance, la facilité avec laquelle elles se fendillent, se retrouvent parmi les signes de dermatoses non vénériennes, et manquent dans un grand nombre de celles qui dépendent du virus syphilitique.

La tendance à former des ulcérations aurait plus de valeur; néanmoins il y a des syphilides qui ne donnent lieu à aucun désordre de ce genre; les exanthèmes sont dans ce cas.

Il en est de même des *cicatrices* qui sont arrondies, déprimées, offrent une teinte bronzée lorsqu'elles sont récentes, puis s'affaissent, blanchissent, deviennent d'un blanc mat, sont tendues ou plissées, lisses ou gaufrées, souvent sillonnées de brides saillantes. Bien d'autres affections peuvent donner lieu à des cicatrices de ce genre ; le lupus est de ce nombre.

Quant à la marche chronique de ces éruptions, elle n'a rien de spécial, rien qui la distingue de celle des dermatoses psoriques, dont la persistance est parfaitement établie.

M. Bassereau a signalé comme un signe important la *tendance à la polymorphie*, mais seulement pour les syphilides précoces. Le siége de l'éruption, l'aveu d'antécédents syphilitiques, la coexistence de symptômes dont la nature vénérienne est incontestable, sont des caractères diagnostiques plus importants encore que ceux qui précèdent.

Reste enfin l'absence de prurit, qui s'observe souvent, mais non toujours.

Les variétés que présente chacun des symptômes précédents, tiennent à ce que les syphilides sont souvent le résultat de la réunion de la psore et de la syphilis, d'où l'indécision dans laquelle on se trouve en présence de certains malades, surtout s'ils essayent de dissimuler la véritable nature de leurs souffrances.

Il est juste de dire cependant que la *réunion* des caractères généraux attribués aux syphilides a une grande valeur pour le diagnostic; qu'ainsi, on serait autorisé à prononcer sur la nature d'une dermatose qui offrirait une couleur cuivrée, serait disposée par disques complets ou incomplets, se recouvrirait de croûtes épaisses, verdâtres et fendillées, ne s'accompagnerait pas de prurit, et laisserait, après elle, des cicatrices irrégulières ou arrondies, d'abord d'une teinte bronzée, puis blanches, nacrées, difformes. S'il arrive, au contraire, que l'éruption manque de plusieurs de ces caractères, si surtout elle en offre quelques-uns qui leur soient opposés, comme serait, par exemple, un prurit assez intense, on ne pourra rien décider d'après l'examen de la dermatose. Il faudra, dans ce cas, tenir compte de tous les autres symptômes présentés par le malade et aussi de ses antécédents.

Les syphilides n'apparaissent pas toutes à une égale distance du moment de l'infection. Il y en a qui se montrent dans les premiers mois qui suivent le chancre, d'autres qui viennent beaucoup plus tard. D'où la séparation de ces éruptions en deux classes : les syphi-

lides *précoces* et les syphilides *tardives*; celles de la période secondaire et celles de la période tertiaire.

Relativement à leur forme, elles ont été divisées en plusieurs groupes. M. Cazenave en admet sept; MM. Gibert, Rayer et Bassereau en reconnaissent huit.

Les sept classes admises par le premier de ces auteurs, et décrites par Vidal (de Cassis), sont :

1. Les syphilides exanthématiques,
2. Les syphilides papuleuses,
3. Les syphilides vésiculeuses,
4. Les syphilides bulleuses,
5. Les syphilides pustuleuses,
6. Les syphilides tuberculeuses.
7. Les syphilides squammeuses.

MM. Gibert et Rayer y ont ajouté les syphilides ulcéreuses. Mais comme, dans ce cas, l'ulcération succède toujours à une bulle, à une pustule ou à un tubercule, l'addition faite par ces auteurs est inutile.

M. Bassereau a composé sa huitième classe des papules humides, lesquelles constituent bien plus une variété de la seconde classe qu'une espèce à part. D'un autre côté, les groupes admis par M. Cazenave, pouvant comprendre toutes les espèces qu'on observe, il est inutile de les multiplier.

1° Syphilides exanthématiques. Elles sont au nombre de deux : l'*érythème maculeux* et l'*érythème papuleux syphilitiques*.

A. *Érythème maculeux* (roséole). Il se compose de taches rouges, irrégulières dans leur forme, déchiquetées sur leurs bords, ne faisant aucune saillie au-des-

sus du niveau de la peau. Ces taches sont d'abord roses, deviennent ensuite d'un rouge plus vif, un peu cuivré, et prennent une teinte jaune fauve lorsqu'elles tendent à disparaître. Elles s'effacent lentement, mais complétement sous la pression du doigt. Généralement elles ne causent aucun prurit; on peut même dire qu'elles ne l'amènent jamais lorsqu'il n'y a aucune complication psorique.

Parfois les follicules de la peau deviennent plus saillants, ce qui donne à l'épiderme une apparence grenue.

Cette éruption se montre de préférence sur l'abdomen, au niveau des flancs, à la face palmaire des mains, où elle a toujours une teinte plus pâle qu'ailleurs; au thorax, sous les aisselles, sur le dos, aux lombes, sur les membres, plus rarement à la face et au cuir chevelu que partout ailleurs.

Tantôt elle se développe lentement, sans amener de symptômes généraux qui attirent l'attention du malade, de sorte que celui-ci ignore parfois être porteur d'une éruption ; tantôt la roséole éclate avec une rapidité extrême à la suite d'un bain, d'un accès de colère, d'une fatigue, etc. C'est alors qu'il y a de la fièvre, de l'agitation, de l'anorexie, de la courbature, symptômes qui peuvent faire croire à l'invasion prochaine d'une fièvre éruptive.

La roséole se prolonge toujours assez longtemps. Sa durée n'est limitée ni à quelques jours ni à quelques semaines; elle pourrait persister pendant plusieurs mois, si le traitement ne venait s'y opposer.

B. *Érythème papuleux*. Il diffère du précédent par la saillie formée par les plaques rouges qui le composent.

Celles-ci sont d'un rouge tantôt assez vif, tantôt cuivré, tantôt fauve. Parfois les follicules se vascularisent, ce qui leur donne un aspect ponctué. Plus tard, quand la résolution arrive, les follicules s'affaissent, ce qui donne à l'éruption un aspect gaufré.

Cette espèce se développe comme la précédente. L'une et l'autre se terminent par une légère desquamation.

La roséole s'accompagne souvent d'autres éruptions syphilitiques.

Celles-ci existent presque toujours au cuir chevelu, où l'on trouve des croûtes minces, des squammes, et des taches rouges à la surface desquelles il se fait une légère sécrétion qui se concrète; au front, où l'on rencontre des papules d'un rouge cuivré, disposées en cercle (*corona Veneris*) ou des pustules ecthymateuses à croûtes saillantes ; à la face, où il existe de petites croûtes jaunes, qui se logent souvent dans le sillon qui sépare la joue de l'aile du nez; dans la barbe, où se forment des croûtes saillantes, disséminées; au tronc, qui se couvre de grosses papules cuivrées ou de pustules croûteuses et ecthymateuses ; au scrotum, dont l'éruption se rapproche des papules humides ; au gland et au prépuce qui présentent des taches rouges, arrondies ou ovalaires avec chute de l'épithélium; aux membres supérieurs, où l'on observe les formes papuleuses et pustuleuses; enfin, à la plante des pieds, dont l'épiderme s'épaissit et tombe.

La roséole enfin est souvent accompagnée de symptômes des membranes muqueuses, surtout de la gorge, d'engorgement des ganglions cervicaux, d'iritis, de céphalée et même de paralysie.

Elle se termine par résolution ou par délitescence, et se trouve remplacée, dans le second cas, par des symptômes du côté des organes internes. Elle récidive souvent.

Elle se reconnaît à son apparence générale, à son siége, à la configuration des taches qui la composent, aux antécédents.

On ne pourrait réellement la confondre qu'avec la rougeole, dont elle se différencie par l'absence de symptômes généraux et par l'apparence des taches ; avec l'érythème causé par le copahu.

Mais cette dernière éruption vient après une blennorrhagie et non à la suite d'un chancre, diminue quand on cesse le médicament, s'aggrave quand on le continue ; elle débute par les jarrets, les poignets, les malléoles, et non par l'abdomen et le thorax : reste fixée sur les points où elle commence. Les taches sont d'un rouge vif; il n'existe en même temps aucune autre dermatose.

L'érythème syphilitique est une des formes les plus fréquentes de la vérole arrivée à la période secondaire ; c'est aussi une des plus précoces. En soi, elle n'offre aucune gravité ; elle indique seulement que l'infection générale a fait un nouveau progrès, que la maladie entre dans une phase nouvelle.

2° Syphilides papuleuses. — Il y en a de deux

espèces : les *papules sèches* et les *papules humides*.

A. *Papules sèches.* — Elles se composent d'éminences solides, sèches, arrondies, dont le volume varie d'un grain de millet à celui d'une lentille. Elles se terminent par résolution, laissant des taches brunâtres un peu déprimées, qui ne persistent pas.

On reconnaît trois variétés de papules sèches syphilitiques : 1° les papules lenticulaires ; 2° les papules coniques ; 3° les papules miliaires.

Cette éruption, à quelque variété qu'elle appartienne, a une teinte rosée et même rouge, lorsqu'elle commence ; plus tard, cette nuance devient sombre, violacée, enfin cuivrée. Pendant la période de déclin, cette couleur devient fauve, puis grisâtre. La pression n'efface la coloration qu'autant que celle-ci est d'un rouge assez vif, non quand elle devient cuivrée ou violacée. Les papules des membres inférieurs ont, en général, une teinte plus franchement cuivrée que celle des autres régions.

Cette éruption a pour siége les couches superficielles de la peau ; celles qui entourent les follicules pileux. Aussi chaque papule est-elle traversée par un poil qui finit par tomber.

Les *papules lenticulaires* diffèrent des autres par leur forme, qui est aplatie, et par leur volume, qui ne dépasse pas celui d'une lentille.

Les *papules coniques* sont plus hautes que larges, elles ressemblent à celles du lichen ordinaire.

Les *papules miliaires* sont plus petites encore ; leur

volume ne dépasse pas celui d'un grain de millet; elles sont disposées par groupes; quelquefois une petite ampoule remplie de sérosité se forme à leur sommet. Ceci a lieu seulement lorsque l'éruption commence.

Les régions sur lesquelles les syphilides papuleuses s'observent le plus souvent, sont, par ordre de fréquence : l'abdomen, les flancs, le front, les organes génitaux et les membres. Cette éruption n'est jamais générale.

Il est rare de la rencontrer sur le cuir chevelu, où les pustules sont beaucoup plus fréquentes. Celles-ci, il est vrai, laissent à leur suite des saillies papuleuses, qu'on reconnaît surtout après la chute des croûtes; mais ce ne sont pas là de vraies papules.

Dans la barbe et au front les papules syphilitiques donnent lieu à une sécrétion légère qui forme des croûtes minces en se concrétant. A la paume des mains, ces papules s'épaississent et acquièrent une consistance cornée; à la plante des pieds elles sont remplacées par une abondante desquamation. Elles sont petites quand elles occupent la peau qui recouvre les corps caverneux; au scrotum elles sont presque toujours humides. Elles sont très-bien caractérisées aux membres supérieurs, mais moins bien aux jambes.

Les autres formes morbides qui accompagnent les papules sont: l'érythème (roséole), qui les précède souvent; les macules alors leur servent de base; la grande papule humide et les rhagades, les plaques muqueuses des amygdales et du pharynx, l'ecthyma,

l'iritis, parfois le purpura, l'engorgement des ganglions cervicaux, même des ganglions axillaires, l'alopécie.

On observe enfin comme symptômes généraux concomitants : la pâleur de la face, l'altération des traits qui sont tirés ; un malaise général, accompagné de faiblesse et de courbature ; des accès de fièvre quotidienne, revenant principalement le soir et débutant par des frissons pour se terminer par des sueurs nocturnes abondantes ; de la céphalalgie, des vertiges, des palpitations avec bruit de souffle assez marqué, de la dyspnée, des douleurs gastralgiques, de la roideur dans les articulations, des douleurs ostéocopes nocturnes, et, malgré tant de malaises, une augmentation de l'appétit, allant jusqu'à la boulimie.

La *marche* de cette éruption est essentiellement chronique. Sa persistance est extrême. Cette dermatose se termine par résolution et par une desquamation très-abondante. J'ai indiqué déjà les taches déprimées et bronzées que les papules laissent momentanément après elles.

Cette dermatose persiste très-longtemps si elle n'est soumise à un traitement convenable ; avec le mercure, elle dure encore de six semaines à trois mois. Elle paraît rarement aussitôt après le chancre, dont elle est souvent séparée par la roséole.

Le *pronostic* des papules n'est point grave, en ce sens qu'elles n'amènent jamais de lésions dangereuses.

Le *diagnostic* de cette affection est assez facile quand elle est à sa période d'état ; il l'est moins au début, époque où elle se rapproche de l'érythème, et à la fin,

où elle paraît être bien plus squammeuse que papuleuse.

On peut confondre les papules syphilitiques : 1° avec les *tubercules ;* mais ceux-ci viennent plus tard, par rapport au moment de l'infection, ils sont plus durs, pénètrent davantage dans l'épaisseur de la peau, s'ulcèrent souvent, tandis que les papules sont précoces et ne s'ulcèrent jamais ;

2° Avec le *lichen* non syphilitique ; mais celui-ci s'accompagne d'un violent prurit, et n'est précédé d'aucun symptôme vénérien ;

3° Avec l'*acne indurata*, qui existe surtout aux parties supérieures du corps, tandis que les papules véroliques occupent principalement les membres inférieurs, où l'acné ne paraît jamais. De plus, l'acné laisse des cicatrices allongées, triangulaires, saillantes, distinctes de celles des papules qui sont arrondies et déprimées.

B. *Papules humides.* — M. Lagneau est le premier qui en ait fait une espèce distincte ; avant lui on les confondait soit avec les papules ordinaires, soit avec les tubercules. M. Bassereau les a considérées comme constituant une classe à part (1).

La papule humide est un symptôme secondaire précoce. Elle forme des saillies papuleuses, arrondies, sur lesquelles l'épiderme s'ulcère, ce qui donne lieu une certaine humidité. Elle est rouge ou grisâtre,

(1) Voy. *Traité des maladies vénériennes*, t. II, p. 199, et Bassereau, *Maladies de la peau consécutives à la syphilis.*

recouverte d'un enduit plastique blanchâtre, qui donne à la surface l'aspect d'une villeuse.

On reconnaît deux variétés de cette syphilide ; les papules de la peau et celles des membranes muqueuses. Mais il est évident qu'il s'agit ici d'une seule et même forme morbide développée sur des tissus différents.

Les papules humides de la peau, les seules dont il doive être question en ce moment, se rencontrent sur toute la surface du corps. Elles existent cependant d'une façon plus spéciale sur les points où il y a naturellement une plus grande chaleur et une certaine humidité : à l'anus, à la vulve, au scrotum et au périnée. Elles se développent soit sur un tissu sain, soit sur la cicatrice d'un chancre, soit encore à la surface d'un ulcère primitif non cicatrisé.

Lorsqu'elle paraît sur un tissu sain, on voit d'abord une tache rouge, sur laquelle s'établit une légère sécrétion qui soulève l'épiderme. Lorsque celui-ci est une fois détruit, il laisse à nu une surface rouge, saignante, entourée d'un bourrelet blanchâtre formé par les restes de l'épiderme. Cette surface se recouvre d'une couche pseudo-membraneuse, comme diphthéritique, qui s'ulcère par le frottement et laisse à nu une surface saignante. Puis cette surface s'étend en largeur et finit parfois par former un véritable condylome pédiculé.

On observe des phénomènes analogues lorsque la papule muqueuse paraît sur la cicatrice d'un chancre. Ici encore, l'épiderme se déchire, laisse à découvert

une surface saignante qui s'ulcère peu à peu, en se recouvrant d'un enduit pseudo-membraneux.

Lorsqu'elle remplace le chancre, elle paraît au moment où celui-ci commence à se cicatriser. La surface de l'ulcère prend un aspect granulé, devient saillante et se couvre aussi de la pseudo-membrane habituelle.

Ces papules forment sur la peau des élevures arrondies ou elliptiques, de 1 à 2 centimètres de diamètre, et formant une saillie de 1 à 6 millimètres. Elles sont humides, non indurées, molles, et sécrètent un liquide muciforme d'une mauvaise odeur.

La pellicule est souvent détruite à cause des frottements auxquels la papule est exposée ; celle-ci devient alors d'un rouge vif et paraît érodée. Cette pellicule est jaune, si le sujet devient ictérique ; elle se fissure souvent.

En général, la saillie formée par la papule est peu marquée ; mais elle augmente parfois au point de simuler les condylomes. Entre les orteils, la papule se gerce et donne lieu aux rhagades ; c'est alors qu'elle sécrète un liquide brunâtre, sanguinolent et fétide.

On a reconnu à cette dermatose six formes distinctes : 1° une forme commune, 2° une forme diphthéritique, 3° une forme condylomateuse, 4° une forme avec fissure, 5° une forme érodée, 6° une forme ulcérée. On les a distinguées aussi en papules discrètes et en papules confluentes.

Les lésions de sensibilité qui les accompagnent, sont parfois du prurit, surtout à la chaleur du lit, des douleurs aiguës, des cuissons, qu'on observe aux

orteils, aux bourses, à l'anus, là où la marche cause des frottements répétés.

Les altérations de texture concomitantes comprennent : l'œdème, principalement aux organes génitaux de la femme, l'inflammation des parties voisines, chez les femmes également, l'engorgement des ganglions lymphatiques, pourvu qu'ils soient en rapport anatomique avec les papules ; enfin, une sécrétion blennorrhoïde.

Les éruptions pustuleuses du cuir chevelu accompagnent souvent la papule humide.

Cette syphilide a une marche lente et une longue durée. Elle se termine par résolution, ou par la transformation de la papule en véritable condylome. En soi, c'est une forme bénigne qui passe pour préserver le malade de formes plus graves.

Le diagnostic des papules humides est, en général, assez facile. Leur forme, leur aspect, l'odeur nauséabonde du pus qu'elles sécrètent, l'absence ou le peu d'intensité du prurit, les feront distinguer de certains eczémas avec lesquels on pourrait les confondre au début.

Ce qui est beaucoup plus embarrassant, c'est de les distinguer du chancre végétant. Cette difficulté tient précisément à ce qu'il n'y a pas de différence profonde entre ces deux groupes de symptômes, la papule humide pouvant aussi se transformer en condylome. Si l'on compare même la marche de ces deux altérations organiques, on leur trouvera de telles analogies qu'on devra se demander si la papule humide est bien

l'effet du virus syphilitique seul, ou si elle ne serait pas le résultat d'une complication.

Ce fait reste douteux quand cette dermatose conserve ses proportions ordinaires ; il ne l'est plus lorsqu'une véritable végétation succède au tubercule muqueux. Dans ce cas, la sycose prend une part évidente au développement de la maladie.

Il arrive souvent, comme je l'ai dit, que la papule humide pousse sur la cicatrice d'un chancre induré, ce qui a donné lieu a bien des méprises et à de longues discussions, comme on se le rappelle sans doute. Ce fait n'est pas moins intéressant pour la pratique que pour la théorie ; car il faut alors combattre l'induration en même temps que l'éruption elle-même.

On reconnaît la coexistence de l'induration et du tubercule, d'abord à la consistance de la base de ce dernier, ensuite à l'engorgement induré des ganglions voisins, les papules humides, à elles seules, ne réagissant jamais de cette manière sur le système lymphatique.

Enfin, on peut quelquefois être embarrassé pour distinguer un chancre d'une papule naissante. L'inoculation est le seul moyen de lever tous les doutes. Il résulte, en effet, des expériences de M. Gibert dont j'ai rapporté l'analyse (p. 162), que le pus du chancre donne lieu à un chancre, tandis que celui du tubercule muqueux donnerait naissance à un tubercule muqueux, et jamais à un ulcère primitif.

Les papules humides récidivent souvent ; mais elles perdent peu à peu les signes inflammatoires qui les accompagnent lors de leur première apparition.

Leurs symptômes accessoires sont : des douleurs rhumatoïdes, qui se font sentir dans les articulations ou dans la continuité des os; la céphalée nocturne, des accès fébriles revenant périodiquement chaque soir, composés de frissons passagers, chaleur vive et sueurs abondantes, la diminution, mais plus souvent l'augmentation de l'appétit, la courbature, la faiblesse, un malaise général avec oppression et vertiges, etc.

3° Syphilides vésiculeuses. — Cette dermatose est caractérisée par l'éruption de vésicules remplies de sérosité, laquelle se concrète après la rupture de l'épiderme et forme des croûtes minces qui laissent, en tombant, des taches passagères.

On reconnaît quatre espèces d'éruptions vésiculeuses syphilitiques : 1° une à forme de varicelle, 2° une à forme d'eczéma, 3° une à forme d'herpès, 4° une à base papuleuse.

Les syphilides vésiculeuses sont beaucoup plus rares que les précédentes; on peut même avancer comme fait d'observation, qu'elles sont souvent, sinon toujours, le résultat de la syphilis frappant sur un sujet psorique.

Ces éruptions ont pour siége de prédilection la face, le dos et les membres. Elles occupent les follicules pileux, ce qui fait qu'il y a souvent un poil au sommet de chaque vésicule.

Si la dermatose affecte la *forme de varicelle*, elle se compose de vésicules plus volumineuses, disséminées, globuleuses, parfois ombiliquées. La sérosité renfermée sous l'épiderme se trouble assez vite, prend l'aspect du pus. Puis la vésicule se flétrit et forme une croûte

jaunâtre, qui tombe en laissant une tache cuivrée caractéristique. La vésicule est toujours entourée d'une aréole de cette nuance.

Avec la *forme eczémateuse* les vésicules sont plus petites, disséminées ou réunies en groupes. Le liquide qu'elles renferment ne se trouble pas comme celui de la forme précédente. Il est souvent résorbé, sinon il s'écoule après la rupture de la vésicule, mais ne forme pas de croûte. Tout se borne alors à une petite tache rouge, qui devient le siége d'une légère desquamation.

Parfois cette sérosité s'épaissit davantage et forme des croûtes minces, d'un jaun clair, analogues à celles de l'eczéma impétigineux.

La *forme herpétique* peut offrir deux variétés : être *phlycténoïde* ou *circinnée*.

On la dit phycténoïde quand elle se compose de vésicules globuleuses, renfermant une sérosité citrine et reposant sur des taches cuivrées ; elle est *circinnée* si ces groupes sont arrondis, ovales, formés de petites vésicules qui renferment un liquide limpide. Celui-ci se résorbe, et l'éruption se termine par la chute de lamelles épidermiques, minces ou épaisses, laissant à découvert le derme, qui a une teinte rougeâtre, cuivrée. Ces taches sont parfois disposées en cercle.

La *syphilide vésiculeuse à base papuleuse* se distingue exclusivement par la consistance de cette base. Aûtrement les vésicules sont semblables à celles de la varicelle ou petites comme celles de l'eczéma ; elles

sont hémisphériques dans le premier cas, acuminées dans le second, renferment un liquide trouble ou limpide, sont disséminées irrégulièrement ou réunies en groupes. Il arrive fréquemment que la base persiste longtemps après la disparition des vésicules, ce qui donne à l'éruption une apparence papuleuse.

La syphilide vésiculeuse est celle qui cause le plus de prurit, nouvelle preuve de sa nature mixte. Sur le scrotum, elle donne de la chaleur et de la douleur. Elle laisse partout de petites cicatrices violacées ou cuivrées, déprimées ou pointillées.

Sa marche est lente ; elle se développe successivement sur plusieurs points ; elle dure de deux à cinq mois, souvent plus. La période franchement vésiculeuse est toujours assez courte ; celle de rougeur, d'induration et de desquamation est de beaucoup la plus longue.

Les syphilides vésiculeuses sont toujours accompagnées d'une autre dermatose : d'érythème, de papules et de pustules. Il y a, en outre, des douleurs ostéocopes, du mal de gorge, de la céphalée, du malaise et un grand sentiment de faiblesse, sensations générales qui cessent lorsque l'éruption est complétement développée.

Le pronostic n'est grave que comme signe d'une infection virulente profonde.

Le diagnostic s'établit au moyen de l'aréole cuivrée, qui entoure les vésicules et les groupes qu'elles forment; au moyen de la saillie papuleuse qui persiste après elles ; par les cicatrices cuivrées et pointillées,

et par l'existence de symptômes syphilitiques concomitants.

C'est toujours une syphilide précoce.

4° Syphilides bulleuses. — Elles se composent de larges ampoules peu élevées, auxquelles succèdent des croûtes ou des squammes.

Il y a deux espèces de syphilides bulleuses : le *pemphigus* et le *rupia*.

Le *pemphigus* est rare comme symptôme de syphilis constitutionnelle acquise ; il est très-fréquent, au contraire, comme forme de syphilis congéniale. Il existe d'ordinaire à la plante des pieds et à la paume des mains : on le rencontre aussi sur la surface du corps des nouveau-nés. Les bulles qui le composent sont discrètes ou confluentes ; elles renferment une sérosité trouble, muco-purulente, ou séro-sanguinolente ; elles sont entourées d'une aréole rouge foncé, cuivrée ; elles se terminent par desquamation.

Le pronostic du *pemphigus* est très-grave chez l'enfant, pour lequel cette dermatose est souvent d'un présage funeste ; il est beaucoup plus favorable chez l'adulte.

Le diagnostic est difficile, en ce sens que les caractères distinctifs du pemphigus syphilitique et du pemphigus ordinaire sont peu tranchés. Le premier se reconnaît cependant à sa couleur cuivrée, aux symptômes constitutionnels qui l'accompagnent, à l'érosion de la surface du derme, enfin à l'âge du sujet, une éruption de cette espèce étant toujours syphilitique chez les très-jeunes enfants.

Le *rupia* se comporte tout autrement, car les adultes seuls en sont atteints. Il est plus fréquent que le pemphigus, occupe presque toujours les membres inférieurs, où il se présente sous la forme de bulles discrètes, larges et peu nombreuses.

Il paraît tout d'abord une tache rouge, légèrement douloureuse, au niveau de laquelle l'épiderme se soulève sous forme de bulle. Cette tache peut acquérir jusqu'à 3 et 4 centimètres de diamètre.

La bulle est plate, remplie d'un liquide séro-sanguinolent. Celui-ci, en se desséchant, forme une croûte caractéristique. Cette croûte est d'abord mince, jaune verdâtre; elle s'épaissit peu à peu, devient brune et même noire; elle prend une forme conique, reste inégale et rugueuse. Une aréole, d'une teinte cuivrée sombre, l'environne de toutes parts.

Au-dessous de cette croûte se trouve un ulcère profond, à bords taillés à pic, et dans la circonférence duquel la croûte est enchâssée de toutes parts.

Lorsque la guérison arrive, le fond de l'ulcère s'élève, sa cavité se comble, la croûte devient sèche et friable; en tombant, elle laisse à nu une ulcération saillante.

La cicatrice qui succède au rupia est cuivrée, blanchit lentement, mais reste indélébile.

La marche du rupia est lente. Cette dermatose peut persister pendant deux ou trois mois à la même place.

Son pronostic est grave, parce qu'il laisse des marques indélébiles, et parce qu'il indique une constitution très-délabrée.

Ses symptômes accessoires sont : des ulcères profonds du pharynx, des exostoses ramollies ou éburnées.

Il se distingue du rupia ordinaire par la couleur cuivrée de ses aréoles, la profondeur de ses cicatrices, la forme des ulcères, l'existence d'autres symptômes constitutionnels, et la préexistence d'ulcères primitifs ou d'accidents secondaires.

5° Syphilides pustuleuses. — Elles sont formées par des éruptions d'ampoules remplies d'un liquide purulent, reposant sur une base dure, d'un rouge sombre, formée par le derme.

Il y a trois espèces de syphilides pustuleuses : 1° la syphilide pustuleuse à *forme d'acné;* 2° à *forme d'impétigo;* 3° à *forme d'ecthyma.*

Le cuir chevelu et les membres inférieurs en sont le siége le plus fréquent. Elles se forment autour des follicules pileux. Du reste, aucune région n'en est à l'abri. D'ordinaire elles débutent sur un point limité, au cuir chevelu, par exemple, et s'étendent successivement aux parties voisines.

La *syphilide pustuleuse à forme d'acné* est la plus rare. La base est dure ; il n'y a dans l'ampoule qu'une très-petite quantité de pus, qui y reste longtemps avant de se concréter. Les croûtes sont petites, sèches, grises, jaunâtres ou brunes ; elles laissent, après être tombées, une éminence papuleuse ou une tache sans élévation, l'une et l'autre d'une couleur cuivrée caractéristique. Parfois le derme est exulcéré, ce qui donne lieu à des cicatrices. La marche est lente ou subaiguë.

La *syphilide pustuleuse à forme d'impétigo* se com-

pose d'ampoules purulentes, aplaties, dont la base est saillante, indurée, et d'un rouge cuivré ; un bourrelet saillant, de même nuance, entoure chaque pustule. Les croûtes sont jaunes, jaune verdâtre, ou grisâtres.

Cette éruption se rencontre surtout à la face, parfois au scrotum, sur le tronc et sur les membres, dans les sourcils, la barbe, sur les ailes du nez, et au niveau de la commissure des lèvres.

Les pustules sont isolées ou réunies en groupes circulaires.

Lorsqu'elles sont isolées, elles sont phlysaciées ; les croûtes qui leur succèdent sont jaunes, granulées, adhérentes, comme dans l'eczéma impétigineux.

Aux lèvres et dans le sillon labio-nasal, elles forment des cercles qui sont limités par un bourrelet d'un rouge sombre ou cuivré.

Au cuir chevelu, au front, sur le thorax et sur les membres, les pustules reposent sur une base dure, élevée, d'un rouge sombre. Les croûtes sont jaune verdâtre ou rougeâtres ; elles recouvrent souvent des ulcérations qui se creusent toujours davantage (*syphilide pustulo-crustacée*).

La syphilide pustuleuse à forme d'impétigo peut aussi comprendre des pustules phlysaciées, disposées en cercles assez rapprochés pour devenir confluents, formant de larges croûtes rougeâtres ou verdâtres, sous lesquelles se creusent des ulcérations. Celles-ci s'étendent peu à peu en profondeur, et la croûte se déprime ; mais il se fait d'autres pustules à la circonférence. Les croûtes sont entourées d'une aréole couleur rouge

sombre, formée par le derme engorgé, ulcéré et taillé à pic.

Lorsque l'ulcère marche à cicatrisation, la cavité se comble, la croûte tombe, laissant à découvert des saillies papuleuses rouges, que remplacent des cicatrices déprimées. Celles-ci sont d'abord rouges, puis elles deviennent d'un blanc mat, et leur surface reste souvent squammeuse. Lorsque l'ulcère a été profond, la cicatrice ressemble à celle d'une brûlure du troisième et du quatrième degré.

Syphilide pustuleuse à forme d'ecthyma. C'est de beaucoup la plus fréquente; elle peut occuper tous les points de la surface du corps, se montre de préférence sur les jambes et au cuir chevelu. Les pustules sont isolées ou groupées les unes auprès des autres.

Il y a deux variétés d'ecthyma : l'*ecthyma superficiel*, et l'*ecthyma profond*.

L'*ecthyma superficiel* débute par une tache rouge, sur laquelle naît une vésicule occupant d'ordinaire l'orifice d'un follicule pileux. La sérosité se trouble promptement, devient purulente, tandis que la base de l'éruption s'indure, et prend une teinte plus sombre.

Tantôt l'épiderme se rompt, et la sérosité s'écoule; tantôt celle-ci se dessèche, en formant des croûtes brunâtres. A la chute de ces dernières, on trouve une surface rouge, irrégulière, sèche ou érodée, des ulcérations superficielles, qui laissent des cicatrices indélébiles.

L'*ecthyma profond* débute comme le précédent; seulement la croûte, une fois formée, s'étend en lar-

geur et en épaisseur, est saillante, hémisphérique, et composée de couches superposées et concentriques. Cette croûte s'étend quelquefois en largeur seulement; alors elle se déprime au centre.

D'ordinaire la croûte dépasse l'ulcération qu'elle recouvre; elle est souvent aussi débordée par cette dernière; de sorte qu'une partie de l'ulcère se trouve à nu.

Lorsque la croûte se détache, on trouve le derme cicatrisé ou profondément ulcéré. Dans cette dernière circonstance, les bords de l'ulcère sont taillés à pic, le fond est grisâtre, la suppuration est claire et d'un jaune gris. Le fond bourgeonne pour se cicatriser. Les traces qui survivent à l'ulcère sont indélébiles; elles ont tout d'abord une teinte cuivrée et violacée, qui s'efface et fait place à une tache blanche et mate. Les cicatrices les plus superficielles sont gaufrées comme celles du vaccin; ce qui n'arrive pas pour les cicatrices plus profondes.

Les différentes espèces des syphilides pustuleuses existent souvent sur le même sujet; d'autres syphilides s'y joignent souvent.

On observe des symptômes fébriles avant l'éruption pustuleuse; ces symptômes diminuent ensuite, pour s'aggraver de nouveau, lorsqu'une seconde éruption doit se faire. Les papules sèches et les papules humides, les ulcérations de la gorge, l'iritis, l'exostose, le sarcocèle, la boulimie, les sueurs nocturnes et les autres formes de la fièvre hectique, accompagnent fréquemment les syphilides pustuleuses, avec lesquelles on peut retrouver aussi des signes d'eczéma ou d'im-

pétigo non syphilitique ; preuve certaine de complications psoriques.

La marche de ces dermatoses est celle des autres maladies chroniques ; sa durée se prolonge des mois entiers, et même dépasse une année.

Les syphilides pustuleuses superficielles sont toujours précoces ; celles qui sont profondes viennent plus tard, jamais avant une année, à partir du moment de l'infection.

L'ecthyma profond apparaît chez des sujets qui ont eu des accidents primitifs compliqués de phagédénisme. Il semble, sous ce rapport, qu'il y ait une corrélation exacte entre la gravité de l'ulcère primitif et celle des éruptions consécutives.

Ces dermatoses récidivent souvent.

Leur pronostic est grave, en raison surtout du développement que les ulcérations peuvent prendre.

L'acné syphilitique se distingue de l'acné psorique par plusieurs caractères. Il se forme sur toutes les parties du corps, tandis que le second n'occupe que le visage ou le tronc, surtout n'existe jamais sur les membres inférieurs, où le premier se rencontre fréquemment. L'acné syphilitique a, en outre, une base rouge cuivré, et s'accompagne d'autres signes de vérole.

L'impétigo syphilitique a des croûtes granulées, fendillées, d'un gris terne ; celles de l'impétigo ordinaire sont d'un jaune franc, transparentes comme de la gomme. La base du premier est cuivrée, humide ; ce qui n'arrive pas au second. Il se complique toujours de symptômes franchement syphilitiques.

L'ecthyma peut être confondu avec la variole ; mais il ne s'accompagne pas de fièvre, se développe en suivant la marche des maladies chroniques, et non celle des maladies aiguës ; les pustules ne sont pas ombiliquées ; avec l'ecthyma vulgaire, dont la coloration et la tendance qu'affecte l'ulcère à s'étendre toujours le distinguent suffisamment ; enfin avec le lupus, mais celui-ci commence par un tubercule, et non par une pustule.

6° Syphilides tuberculeuses. — Elles se composent d'élevures solides, à base profondément enchâssée dans le derme et ayant une grande tendance à s'ulcérer. Parfois elles affectent la forme de furoncles ou celle d'indurations, qui existent alors sur le trajet des vaisseaux lymphatiques.

Il y a des *tubercules syphilitiques secs* et des *tubercules ulcérés*.

Ces formes sont toujours tardives ; elles sont précédées, en général, de la forme exanthématique, ou de pustules plates. On les rencontre partout, mais plus souvent à la face et sur le tronc. Elles occupent, comme siége anatomique, les follicules pileux ou le tissu cellulaire de la face interne du derme, comme il arrive pour les furoncles ordinaires, ou le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux. Dans ce cas, le tubercule rentre dans la catégorie des gommes.

Les *tubercules secs* ont un aspect variable. Ils occupent toute l'épaisseur de la peau ; leur volume diffère depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une cerise. Ils sont plats, coniques ou hémisphériques ; ils

sont isolés ou réunis en groupes irréguliers, arrondis ou ovalaires, distants les uns des autres, ou très-serrés. Dans ce dernier cas, le derme sous-jacent s'empâte et s'indure. Les plaques tuberculeuses ont parfois l'aspect d'une grappe, ou bien elles forment des cercles qui s'étendent à leur circonférence, tandis que le centre tend à se guérir. On trouve ainsi des tubercules au pourtour de la plaque, et des squammes au milieu. Ces cercles se touchent quelquefois par un point.

Leur couleur est rouge, violacée ou noire ; elle pâlit à mesure que l'éruption se développe. Les tubercules sont aussi très-luisants, cuivrés, recouverts d'un épiderme fin, mais intact. Ils se couvrent souvent de squammes ou de croûtes minces, sans ulcérations sous-jacentes. Ces croûtes se forment seulement si l'éruption affecte une marche un peu aiguë.

Ceci est rare, les tubercules secs se développant toujours à la manière des maladies chroniques. La durée de cette dermatose est longue : on l'a vu persister pendant dix ans chez le même sujet.

Les tubercules secs se terminent par résolution, plus souvent par desquamation.

Tubercules ulcérés. Ils se forment de plusieurs manières. Parfois c'est un tubercule sec qui s'ulcère, ou bien qui se couvre d'une croûte, sous laquelle se fait une ulcération; d'autres fois, l'éruption est constituée par des nodosités qui se forment dans l'épaisseur du tissu cellulaire, sont d'abord mobiles, deviennent plus tard adhérentes, s'enflamment et s'ulcèrent. Dans ce cas, la suppuration commence par le centre du tuber-

cule, et celui-ci finit par être réduit à une coque que la suppuration détruit, de sorte qu'il ne reste plus qu'un ulcère.

Les tubercules sont réunis par groupes épars, qui naissent successivement sur plusieurs parties du corps. Ces groupes sont arrondis, forment des cercles irréguliers, ou bien ils sont disposés par bandes allongées, ou encore ils décrivent des spirales. Ils occupent une surface de 2, 15, 20 centimètres de diamètre, et, en s'étendant, finissent quelquefois par couvrir une grande partie du corps.

Les ulcères qui succèdent à ces tubercules ont très-souvent une tendance serpigineuse.

Ces ulcérations sont superficielles ou profondes. La croûte qui les recouvre est d'autant plus épaisse que la solution de continuité pénètre plus loin; cette croûte est parfois presque squammeuse, et, dans ce cas, laisse une cicatrice qui finit par disparaître : autrement, cette cicatrice est indélébile.

Les croûtes sont jaunes, verdâtres, ternes; elles sont brunes si l'ulcère a saigné; elles sont convexes, formées de couches concentriques dues à ce qu'elles s'accroissent par leur face interne. Elles sont souvent enchâssées dans le derme, les bords de l'ulcère étant taillés à pic. Les croûtes se renouvellent plusieurs fois.

Cette éruption se développe lentement, se prolonge très-longtemps, s'accompagne de douleur et d'engorgement des ganglions cervicaux. Elle paraît après l'infection, dans un intervalle de temps qui varie entre onze mois et quarante ans. Elle récidive souvent.

Les tubercules ulcérés se terminent toujours par la cicatrisation. On voit le fond de l'ulcère s'élever ; la suppuration devient plus claire, forme des croûtes de plus en plus minces, qui finissent par devenir squammeuses.

Les cicatrices sont superficielles ou profondes, lisses ou traversées par des brides, toujours déprimées. Leur teinte est d'abord brune, cuivrée, puis elles pâlissent et blanchissent peu à peu. Elles sont disposées comme l'étaient les tubercules.

Les symptômes généraux qui accompagnent cette espèce de syphilide ne diffèrent pas de ceux des autres dermatoses que j'ai décrites ; seulement la maigreur est plus prononcée, la fièvre hectique plus forte. Les symptômes concomitants sont : la céphalée, l'exostose, et l'induration du testicule.

Les syphilides tuberculeuses existent seules.

Leur pronostic est toujours grave, cette éruption annonçant que la diathèse est arrivée à une période très-avancée.

Le diagnostic offre quelque difficulté. Cette éruption peut être confondue : 1° avec le *chancre serpigineux phagédénique ;* mais celui-ci a toujours pour point de départ un chancre primitif ou un bubon suppuré. Il est unique, tandis qu'il y a toujours plusieurs tubercules. Il s'étend par continuité de tissu, une partie de l'ulcère s'avançant à travers les parties saines, tandis que l'autre se cicatrise ; les ulcères tuberculeux sont, au contraire, séparés les uns des autres. De plus, la suppuration des chancres serpigineux est claire et abondante, se concrète rarement pour former des croûtes :

c'est le contraire avec les tubercules ulcérés. Enfin, le chancre serpigineux n'est pas accompagné de symptômes constitutionnels.

2° Les syphilides tuberculeuses se rapprochent aussi de la syphilide pustulo-crustacée; mais celle-ci débute par une pustule, et non par un tubercule. Elles se distinguent de la même manière des papules sèches.

3° L'acné induré pourrait être également pris pour un tubercule syphilitique ; mais la première de ces éruptions est rouge, violacée, laisse de petites cicatrices ; la seconde a une teinte cuivrée très-prononcée.

4° Le lupus sec se compose de petits tubercules d'un rouge amarante, tandis que les tubercules syphilitiques sont gros, luisants, cuivrés.

5° Le lupus ulcéré vient avant la puberté; ses ulcères reposent sur des tissus engorgés, œdémateux, ce qui leur donne une certaine saillie; ils ont une teinte violacée. Les ulcères syphilitiques sont profonds et taillés à pic; ils envahissent de larges surfaces, et laissent des cicatrices profondes, au lieu que celles du lupus sont plus unies.

6° Le cancer se distingue de l'éruption qui nous occupe par sa dureté et par la dégénérescence des ganglions lymphatiques voisins; les tubercules syphilitiques sont mous et sans aucune hypertrophie ganglionnaire.

7° Enfin, le farcin pourrait offrir quelque analogie avec la dermatose vénérienne; mais son origine est différente, puisqu'il se communique du cheval à l'homme. Il altère bien plus la constitution.

7° Syphilides squammeuses. — Elles se composent

de lamelles épidermiques, qui se soulèvent et se détachent sous la forme de poussière furfuracée ou de lamelles épaisses, sans autre altération appréciable des téguments, ou avec une saillie légère d'une teinte rouge cuivré.

M. Bassereau pense que cette forme est bien plus une terminaison des autres syphilides qu'une éruption spéciale. Le fait est que l'érythème, les papules, les vésicules se terminent par desquamation épidermique, et que les cicatrices des ulcères qui succèdent aux bulles et aux pustules sont aussi le siége d'une desquamation passagère.

Il arrive cependant qu'il y a desquamation, sans autres altérations appréciables. Dans ce cas, l'auteur dont je rappelais le nom tout à l'heure, pense qu'il y a eu avortement d'une syphilide, laquelle, ne pouvant pas se développer, à cause du traitement, arrive à sa dernière période, sans avoir pu parcourir toutes les autres.

On comprend, d'après cela, que les squammes soient très-communes à la suite du chancre. On en trouve au cuir chevelu, sous forme de pityriasis ; à la paume des mains et à la plante des pieds, sous forme de plaques cornées et de psoriasis ; au tronc et sur les membres, avec l'apparence du psoriasis, de la lèpre et de l'ichthyose.

Le *pityriasis syphilitique* existe au cuir chevelu surtout ; il y forme une poussière abondante ou une crasse épaisse ; il s'étend parfois à la face, dans les sourcis et dans la barbe. Il succède surtout à l'érythème,

aux pustules et aux papules, amène la chute des cheveux, lesquels peuvent repousser. Il se reconnaît à l'existence de symptômes syphilitiques concomitants.

L'*ichthyose* se compose de lamelles épaisses, rendant la peau terne et rugueuse ; la desquamation est peu abondante. En même temps, les ongles se couvrent de taches blanches qui s'exfolient.

L'ichthyose succède souvent à une syphilide pustuleuse.

La syphilide squammeuse, lorsqu'elle se forme dans la paume des mains ou à la plante des pieds, forme des plaques tantôt régulières, tantôt irrégulières, ovales ou arrondies, qui succèdent à des macules ou à des papules. Les squammes sont quelquefois minces, mais plus souvent épaisses et larges, ayant même parfois une consistance cornée. Dessous, le derme est rouge, rarement d'une nuance cuivrée franche. Les plaques sont entourées d'une espèce de collerette épidermique frangée. Tout autour, la peau est dure, raboteuse et douloureuse au toucher. Le derme est sans souplesse, ce qui rend les mouvements pénibles, et fait que la peau se gerce en sillons profonds et écailleux.

Quatre caractères permettent d'établir le diagnostic de cette dermatose : 1° la coloration cuivrée du derme ; 2° les bords de la plaque, qui sont plus élevés que le centre ; 3° les cicatrices superficielles, qui succèdent à la période de résolution ; 4° la coexistence d'autres éruptions syphilitiques.

Celles-ci ont une importance d'autant plus grande que la syphilide squammeuse succède le plus souvent

à des papules, à des pustules ou à des tubercules qui avortent, et qu'on rencontre souvent, sur une région, une de ces éruptions incomplètes, tandis que sur d'autres elles ont atteint à leur apogée.

Le psoriasis syphilitique affecte toutes les formes du psoriasis vulgaire; il est dit *psoriasis guttuta,* quand les plaques sont petites; *diffusa,* lorsqu'elles ont plus d'étendue : on le nomme *lèpre,* si elles sont circulaires.

Ces plaques ont toujours une marche lente; elles ont une teinte cuivrée ou lie de vin, ou tout à fait terne (*lepra nigricans*). Ce qui constitue le véritable caractère différentiel, c'est la dépression du centre des plaques, laquelle se trouve en opposition avec l'élévation de celui des éruptions squammeuses ordinaires.

Chute des poils et des cheveux. Elle est partielle ou générale. Tantôt elle est le résultat de la desquamation de l'épiderme; tantôt elle a lieu sans qu'aucune espèce de syphilide puisse en rendre compte. Les cheveux surtout tombent à poignées; la plus légère traction les arrache. Ils repoussent quelquefois, quand le malade est guéri, ce qui n'arrive jamais pour les poils de la barbe ou pour ceux du corps.

L'alopécie a quelquefois lieu par cercle; au début elle n'affecte jamais de forme déterminée. Elle ne devient générale que dans le cas d'un état cachectique très-avancé.

L'onyxis est une seconde forme morbide qui se rapproche naturellement des syphilides. Elle est ulcérative ou sans ulcération.

Dans le premier cas, la matrice de l'ongle se gonfle, prend une teinte rouge cuivré, puis violacée. Les tissus s'ulcèrent ensuite. L'ulcération a un fond grisâtre, ses bords sont irréguliers, le liquide sécrété est sanieux et fétide.

D'autres fois le bourrelet s'avance sur l'ongle; la pression en fait sourdre du pus qui est mêlé à du sang noir.

La peau, en se détruisant, laisse la racine de l'ongle à découvert; le pus fuse entre lui et la phalange, d'où résulte un décollement complet, puis la chute de l'ongle. On voit alors sa matrice ulcérée et entourée d'un bourrelet saillant. Dans ce cas, l'ongle ne repousse jamais; la cicatrice qui se fait plus tard est froncée et se couvre de plaques cornées tout à fait informes.

Si la matrice n'est pas détruite, l'ongle se reforme. Cette affection, qu'elle soit ou non ulcéreuse, s'accompagne toujours de vives douleurs.

L'onyxis ulcérative est la forme la plus rare; elle atteint plus souvent les doigts que les orteils. On ne peut la confondre qu'avec l'ulcère primitif des doigts, accident rare, et que l'inoculation permet de distinguer.

Il y a une autre forme d'onyxis, dans laquelle il n'existe ni inflammation, ni suppuration, ni ulcération; seulement l'ongle se couvre de taches blanches ou grisâtres; il devient cassant à son extrémité libre, s'épaissit, se durcit, prend un aspect chagriné, s'exfolie.

Cette dégénérescence n'occupe quelquefois qu'une partie de l'ongle, et il existe une ligne de démarcation

très-tranchée entre la portion altérée et celle qui reste saine.

Les ongles présentent encore une troisième altération; ils deviennent, dans toute leur étendue, secs, grisâtres, raboteux et friables; cette forme est la plus fréquente.

Traitement. — Pour fixer d'une manière précise le choix des médicaments appropriés aux syphilides, il faut se rappeler que ces dermatoses ne constituent jamais qu'une partie de la maladie, que d'autres groupes de symptômes les accompagnent, d'où il résulte que ces derniers doivent être pris en sérieuse considération. Il y a plus, chacune des formes décrites plus haut existe rarement seule, la polymorphie s'observe généralement, et il faut toujours s'arrêter aux substances dont la pathogénésie répond à l'ensemble de celles qui se rencontrent chez un même sujet.

La description de cette partie des symptômes syphilitiques, telle qu'elle est donnée par les auteurs, telle que je l'ai présentée plus haut, est donc un tableau analytique que l'observation ne confirme pas toujours; c'est l'énumération d'éléments qui se trouvent le plus souvent réunis. Ce que je me propose, en ce moment, c'est d'indiquer les substances qui sont en rapport d'homœopathicité avec ces éléments divers, afin d'offrir un résumé des indications dont la synthèse ne peut être faite qu'au lit du malade.

1° Syphilides exanthématiques. — Les médicaments les plus appropriés à cette espèce si commune de dermatoses syphilitiques, sont :

a. Pour la *roséole* (érythème maculeux syphilitique), le LACHESIS et le SULPHUR, auxquels il faut joindre le *crotalus*.

Le LACHESIS convient surtout au début de l'éruption, lorsqu'elle a encore une teinte rouge vif. Le plus souvent même, il suffit de donner ensuite le SULPHUR, non-seulement pour arrêter le développement de la roséole, mais encore pour la faire disparaître. Ces deux médicaments ont besoin d'être continués pendant plusieurs semaines, pour arriver à ce résultat ; il est toujours nécessaire de les répéter, en suivant la méthode indiquée plus haut. (V. p. 349.)

Lorsque l'exanthème a changé sa teinte rouge en une nuance plus jaune, plus cuivrée, CROTALUS est préférable au *lachesis*.

Quant au MERCURE, il est toujours infidèle. Lorsqu'on est obligé de le donner à cause de la coexistence de symptômes à la gorge ou à la bouche, il arrive presque toujours que l'on voit les symptômes de la gorge s'amender ou disparaître, tandis que la roséole persiste, mais en pâlissant. Le *lachesis* et le *sulphur*, donnés alors, complètent la guérison.

Plusieurs autres substances pourraient être recommandées en raison de leurs effets pathogénétiques. D'abord le *guajacum*, ce rival, parfois heureux du mercure, s'il faut en croire l'enthousiasme qu'il suscita, lorsque, par les efforts d'Ulrich de Hütten aidé d'un grand nombre de praticiens, il essaya de détrôner les préparations hydrargyriques. Parmi plusieurs symptômes évidemment en rapport avec ceux de la vérole,

cette substance produit, en effet, chez l'homme en santé, une *éruption semblable à la roséole,* et sans fièvre (1). Cela ne suffit pas pourtant pour en faire un agent curatif. On ne doit pas oublier que les plus beaux succès du guajac eurent pour sujets des malades saturés de mercure, chez lesquels cette racine a pu agir bien plus comme antidote de ce dernier qu'à titre d'antivénérien.

La même remarque s'applique au *nitri acidum,* que nous trouvons indiqué par la plupart des auteurs contre un grand nombre de manifestations syphilitiques, mais toujours avec cette restriction : « *pourvu qu'il ait été fait abus de mercure.* » Preuve certaine que cet acide est bien plutôt un antidote de ce médicament qu'un spécifique de la maladie.

Le *carbo animalis,* indiqué par M. de Bœnninghausen lui-même pour les *éruptions cuivrées,* est très-infidèle. Ceci s'explique aisément par ce fait : que cette indication repose sur un seul symptôme de la matière médicale de Hahnemann (2), le cent soixante-unième, et que ce symptôme n'a été observé ni par le maître ni par ses élèves, qu'il a été emprunté à un ouvrage étranger (*Ruft's Magazin*).

Le *petroleum,* qui produit des taches rouges aux bras; la *sassaparilla,* qui en fait naître sur tout le corps, pourraient être également consultés; mais seulement

(1) Voyez Noack et Trincks, *Manuel de mat. méd.*, art. *Guajac. sympt. de la peau* (en allemand).

(2) Voyez *Traité des maladies chroniques* (en allemand). Ce symptôme est ainsi conçu : « Éruption cuivrée au visage. »

après le LACHESIS, le CROTALUS et le SULPHUR qui restent les médicaments les plus utiles.

b. Érythème papuleux. L'aspect que prend l'éruption dans cette seconde forme de syphilides, tient à ce que la congestion vasculaire a envahi les papilles de la peau. Il n'y a ici rien de spécial, rien de nouveau; c'est toujours la même altération étendue seulement à d'autres éléments anatomiques.

Il suit de là que les médicaments appropriés à la roséole le sont aussi à l'érythème papuleux. Le LACHESIS, le CROTALUS, le SULPHUR doivent toujours être administrés les premiers.

Après eux, *phosphorus* et *aurum metallicum* seraient parfaitement indiqués; *phosphorus* lorsque les taches sont cuivrées et saillantes, *aurum* quand elles présentent une teinte d'un rouge brun parfaitement accusé.

2° SYPHILIDES PAPULEUSES. — Les variétés de forme sur lesquelles sont établies les trois espèces de *papules sèches*, sont trop peu importantes, au fond, pour faire varier beaucoup le choix des médicaments. Aussi trouve-t-on des signes non équivoques de papule *lenticulaire, conique* ou *miliaire* dans la pathogénésie d'un certain nombre d'agents thérapeutiques, ce qui est d'autant plus précieux que ces différentes espèces d'une même dermatose sont souvent réunies.

LACHESIS et SULPHUR sont encore les substances les mieux indiquées par la matière médicale, celles dont l'observation clinique a le mieux justifié la puissance. Le *lachesis* doit toujours être donné le premier, le *sulphur* venant après, à titre d'intercurrent.

Parmi les préparations mercurielles, le *mercurius solubilis* et surtout le CINABARIS seraient préférables à toutes les autres; le dernier, quand les papules sont miliaires, rouges et disposées en groupes arrondis; le premier, lorsque les papules sont disséminées.

Phosphori acidum répond parfaitement aussi aux différentes espèces de papules; c'est un médicament général auquel on doit songer après ceux que je viens de nommer, pourvu qu'il réponde à l'ensemble des symptômes concomitants.

On pourrait recourir encore, pour les *papules lenticulaires*, au *lycopodium*, lorsque ces papules sont sèches, jaunâtres et se rapprochent un peu des verrues; surtout si elles occupent la paume des mains et la plante des pieds; et à *staphysagria* lorsqu'elles sont plus molles et plus rouges. Les *papules miliaires* et celles qui sont *coniques*, réclament *cinabaris*, ainsi que je l'indiquais tout à l'heure, ou *daphne mezereum*, quand il existe en même temps des croûtes au cuir chevelu; *nitri acidum*, lorsqu'elles occupent de préférence le visage et les parties velues; *metallum album*, quand elles sont accompagnées d'une sensation de brûlure ou de prurit brûlant, et qu'il y a en même temps des vésicules; enfin, *petroleum*, quand elles existent sur des tissus semi-muqueux, comme le gland ou le prépuce.

2° Les médicaments les plus appropriés au traitement des *papules humides* sont, parmi les mercuriaux, le *mercur. præcip. ruber* (précipité rouge) quand elles existent au visage, souvent aussi, et dans les mêmes

circonstances, le *kali hydriodicum*. Toutefois, le LYCOPODIUM, le NITRI ACIDUM, le THUYA, la STAPHYSAGRIA, la SEPIA, paraissent avoir un effet plus direct sur cette espèce de syphilide.

Le succès de ces médicaments serait justifié, du reste, par la dénomination que les syphilographes allemands appliquent à cette sorte d'éruption. Ils la nomment *condylomes plats*, ce qui explique comment les médicaments que nous retrouverons en première ligne, lorsqu'il s'agira de la sycose, trouvent ici leur application.

En général, le malade a subi un traitement mercuriel avant l'apparition des tubercules plats. Dans le cas où il s'est adressé dès l'abord à l'homœopathie, il est bien rare que le mercure soluble ou le mercure vif ne lui aient pas été administrés. Dans ce cas, NITRI ACIDUM est le premier agent auquel il faille recourir, surtout quand les tubercules plats existent à l'anus ou sur les parties génitales, ce qui arrive presque toujours. THUYA succède parfaitement à l'acide nitrique, complète son action et la continue. Sous l'influence de ces deux médicaments, les papules se sèchent, s'aplatissent et tombent.

Si elles résistent, LYCOPODIUM doit remplacer le *thuya*, mais seulement lorsque le suintement a diminué.

La SEPIA trouve son application lorsque le suintement est peu abondant; elle convient principalement aux femmes.

Enfin, l'*antimonium crudum* pourrait être utile, lors-

que des papules humides du cuir chevelu résistent aux substances précédemment nommées.

3° Syphilides vésiculeuses. — Les médicaments homœopathiques aux syphilides vésiculeuses à forme de *varicelle* sont : mercurius solubilis et thuya.

Le premier suffit souvent au traitement. Pour peu qu'il y ait quelque signe de psore, sulphur doit lui succéder, sinon, *thuya* le remplacera toujours avec avantage. Il suffira souvent de donner ces deux médicaments l'un après l'autre pendant plusieurs semaines, faisant prendre le premier durant cinq à six jours, le second pendant le même temps, pour revenir ensuite au *solubilis* aussitôt que l'action du thuya sera épuisée.

Mercurius solubilis est encore l'agent spécifique de la syphilide à forme d'eczéma et de la syphilide à forme d'herpès. Il est souvent nécessaire d'interrompre son administration pour donner le sulphur, mais il faut ensuite revenir au *solubilis*.

Lorsque ces deux médicaments ne suffisent pas, lachesis leur succède avec avantage; enfin l'*acide nitrique* serait utile, s'il y avait exubérance de l'action mercurielle.

Si l'herpès est circinné, *sepia* sera préféré au *lachesis*.

Enfin la syphilide vésiculeuse à *base papuleuse* devra être traitée par aurum et hepar sulphuris donnés dans l'ordre où ils sont énumérés.

4° Syphilides bulleuses. — 1° *Pemphigus*. Le mercure n'est jamais très-utile contre cette dermatose, à laquelle arsenicum, cantharides, causticum, ledum

PALUSTRE, PHOSPHORUS et RHUS sont beaucoup mieux appropriés.

ARSENICUM convient lorsque les bulles sont accompagnées d'un vif sentiment de brûlure.

CANTHARIDES, quand elles sont volumineuses, remplies d'un sérum transparent, entourées d'un cercle rouge assez vif.

CAUSTICUM, quand elles sont superficielles et qu'elles se terminent par résorption de leur contenu.

LEDUM PALUSTRE, si elles sont accompagnées de prurit, et entourées d'un cercle œdémateux.

RHUS, enfin, est, avec *arsenicum* et *cantharides*, le médicament le plus utile. Il doit être choisi, quand le contenu de la bulle est sanguinolent, et que la rupture de l'épiderme est suivie de la formation d'un ulcère à bords taillés à pic, renversés, ulcère qui a de la tendance à s'étendre en profondeur. Dans ce cas, *mercurius solubilis* doit succéder au *rhus*, après la destruction de l'épiderme et la formation de l'ulcère.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que le pemphigus se compose d'éruptions successives, de sorte qu'on ne doit pas considérer la disparition des bulles comme le signe d'une guérison certaine. Il faut même s'attendre à une récidive, aussi longtemps que la peau conserve une teinte terreuse, et que les cicatrices de l'épiderme ont une teinte brune, jaune ou cuivrée. Il ne faut donc pas cesser de suite tout traitement; et pour choisir le médicament qui convient alors, il faut tenir compte des symptômes généraux et concomitants. Toutefois, ce sont toujours *mercurius solubilis*, *sul-*

phur, lachesis, auxquels il faut avoir recours, en ayant le soin de revenir à un des agents précédemment indiqués, lorsque les bulles réapparaissent.

Le lecteur remarquera, sans aucun doute, que les médicaments sus-indiqués sont ceux du pemphigus ordinaire; mais il sera facile de comprendre qu'il en doive être ainsi, en se rappelant que cette forme ne paraît pas être exclusivement syphilitique.

2° *Rupia.* Deux médicaments se trouvent en rapport direct avec le *rupia*, lorsqu'il n'est pas gangréneux. Ce sont l'ARSENICUM et le MERCURIUS SOLUBILIS. Le premier de ces médicaments convient à toutes les périodes de l'éruption, aussi bien quand elle est à l'état de bulle, qu'au moment où des croûtes épaisses, proéminentes, verdâtres, se sont formées.

Mais lorsque, ces croûtes étant tombées, il reste un ulcère à bords chancreux, à fond violacé, vermoulu, le MERCURE doit remplacer l'arsenic.

Si le rupia est gangréneux, ANTIMONIUM CRUDUM, LACHESIS, SECALE CORNUTUM, sont de beaucoup préférables.

Le premier, quand l'éruption se compose de bulles noirâtres, remplies d'un liquide séro-sanguinolent, et donnant lieu à des croûtes sous lesquelles l'ulcère creuse jusqu'aux muscles.

LACHESIS, quand un ulcère franchement gangréneux succède à une vésicule noirâtre, entourée d'un cercle rouge brun. (*Arsenic* conviendrait après lachesis, si celui-ci ne suffisait pas à nettoyer la surface de l'ulcère de toutes les parties mortifiées.)

Enfin, SECALE CORNUTUM serait préférable encore, si les parties environnantes étaient insensibles.

5° SYPHILIDES PUSTULEUSES. — Les syphilides pustuleuses exigent des médicaments divers, suivant la forme sous laquelle elles se présentent.

1° L'*acné syphilitique* réclame deux médicaments qui lui sont essentiels : CINABARIS et AURUM METALLICUM. Il faut les donner dans l'ordre de leur énumération, insister pendant une semaine, au moins, sur chacun d'eux, et les séparer par un intervalle de repos nécessaire à l'épuisement de l'action médicatrice.

Si l'éruption persiste ou se renouvelle, HEPAR SULPHURIS est la seule préparation sulfureuse à laquelle on puisse songer ; mais elle est très-efficace, sinon comme médicament direct, tout au moins comme antipsorique intercurrent.

Nitri acidum, *carbo animalis* et *vegetabilis* pourraient être également employés, mais avec moins de certitude que les précédents.

2° L'*impétigo syphilitique* cède à MERCURIUS SOLUBILIS OU SUBLIMATUS, SULPHUR, PETROLEUM, NITRI ACIDUM, CAUSTICUM.

Il serait très-difficile d'indiquer les différences qui séparent le mercure soluble du sublimé, parce qu'elles se trouvent tout entières dans l'existence des symptômes concomitants.

SULPHUR n'est jamais un médicament primordial ; il succède au mercure, lorsqu'il y a des signes de psore.

NITRI ACIDUM convient surtout quand l'éruption existe au visage ; c'est encore un médicament qui peut

succéder aux préparations hydrargyriques, mais qui ne doit pas être donné avant elles.

CAUSTICUM serait utile si les pustules s'accompagnaient de prurit; il ne vient non plus qu'après les mercuriaux et le sulphur.

Quant à PETROLEUM, il n'est utile que contre les éruptions impétigineuses de la face.

3° L'*ecthyma* doit être traité par le MERCURIUS SOLUBILIS, qui est souvent infidèle, et par l'ACIDUM PHOSPHORICUM, dont les effets sont généralement heureux, quand on le donne en second lieu. Sous l'influence de ces deux agents, le fond des ulcères s'élève, et la cicatrisation se fait.

Kreosotum est souvent utile, lorsque l'ecthyma est profond et que les ulcères se recouvrent de croûtes épaisses; si ces ulcères persistent, *sassaparilla* doit remplacer kreosotum; mais il est rare qu'il ne faille pas revenir au *mercure soluble*, quand une fois l'éruption a été modifiée par les deux médicaments précédents.

ANTIMONIUM TARTARICUM succéderait avec avantage à l'acide phosphorique, lorsque l'éruption occupe le scrotum.

6° SYPHILIS TUBERCULEUSE. — Tout le monde sait que cette espèce de syphilide est chaque jour traitée avec succès, par l'école adverse, à l'aide du BIIODURE DE MERCURE, soit qu'elle se présente sous la forme de tubercules secs, soit qu'il s'agisse de tubercules furonculeux ou ulcéreux. Il restait à savoir si une telle action rentrait sous la loi des spécifiques, ou si elle constituait

seulement un effet empirique, dont la valeur eût été d'autant plus incontestable qu'elle eût été moins expliquée.

Un de nos maîtres en homœopathie, homme d'expérience et d'étude, dont la mort a laissé de bien justes regrets dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu, Andrieu (d'Agen) (1), avait abordé ce problème. En soumettant le *biiodure de mercure* à l'expérimentation sur l'homme sain, il avait vu ce médicament produire les différentes formes de tubercules dont je rappelais tout à l'heure les noms. Les uns « *ressemblaient à des* « *tubercules syphilitiques, de manière à tromper un œil* « *exercé;* » les autres avaient la forme de véritables furoncles; souvent des éruptions pustuleuses les accompagnaient, ce qui s'observe très-fréquemment chez les syphilitiques. Ce médicament développe donc, chez l'homme en santé, des éruptions en tout semblables à celles qu'il a puissance de guérir, son action rentre de tous points sous la loi thérapeutique de l'homœopathie. Il faut même ajouter que cette analogie est tellement étroite que les tubercules syphilitiques et les tubercules mercuriels ont une même prédilection pour la face et le cuir chevelu.

C'était en faisant usage de la troisième trituration, qu'Andrieu avait obtenu ce résultat, d'où il concluait

(1) Voyez *Pathogénésie comparée du biiodure de mercure, du mercure soluble et du bisulfure de mercure.* Mémoire lu au congrès homœopathique, de Bruxelles, par le docteur Andrieu (d'Agen), in *Journal de la société gallicane de méd. homœop.*, t. VIII, p. 141.

que cette puissance serait préférable à toute autre pour guérir la maladie. Cette conclusion cependant ne peut être absolue; car il est bien démontré que les malades sont plus impressionnables que les sujets sains, et que les actions thérapeutiques s'obtiennent chez eux avec des doses beaucoup plus faibles que les effets pathogénétiques eux-mêmes.

Dans le cas où le biiodure de mercure ne suffirait pas à résoudre complétement les tubercules, AURUM METALLICUM serait d'un grand secours pour achever leur résolution, pourvu qu'il n'y ait pas d'ulcération.

Nitri acidum viendrait en troisième lieu, surtout si l'éruption occupe la face; *phosphori acidum*, si les tubercules sont rouges, sans suintement, mais avec une desquamation légère; et *staphysagria*, quand ils sont lenticulaires et accompagnés de prurit.

Les *tubercules furonculeux* réclament, après le biiodure, *hepar sulphuris*, lorsque la suppuration tarde à se faire; *conium maculatum*, quand elle s'accompagne de douleurs tractives, et *iodium*, quand l'ulcère qui succède à l'expulsion du bourbillon, a de la tendance à se gangrener; *kali hydriod.*, si les bords de l'ulcère sont indurés.

Si le tubercule s'ulcère sans prendre l'aspect d'un furoncle, le *précipité rouge* et l'*iodure de potassium* (kali hydriodicum) sont parfaitement indiqués. Le premier, quand l'ulcère est superficiel, plat, rongeant, mais rongeant en surface et non en profondeur, que la suppuration est jaune et abondante, que les parties environnantes sont rouges, gonflées et douloureuses;

le second, si l'ulcère a un mauvais aspect, qu'il s'étende jusqu'au tissu cellulaire, et qu'il sécrète un ichor fétide et roussâtre. Le *kali hydriodicum* convient parfaitement aussi, lorsque l'ulcère est formé par la réunion de plusieurs petits furoncles.

Syphilides squammeuses. — Elles affectent quatre formes principales : celle du *pityriasis*, celle du *psoriasis*, celle de la *lèpre*, et celle de l'*ichthyose*.

1° Le *pityriasis syphilitique* cède au mercurius solubilis, lorsqu'il succède lui-même à une éruption vésiculeuse; autrement kreosotum, lachesis, nitri acidum, sepia, mezereum et rhus lui sont parfaitement appropriés.

Kreosotum convient au *pityriasis capitis*, que celui-ci se compose de squammes sèches, ou qu'il s'accompagne de cette espèce de suintement qui réduit ces squammes en une sorte de pâte.

Lachesis, lorsque la desquamation occupe la face et le cuir chevelu, s'accompagnant d'un prurit qui augmente beaucoup la nuit, et qu'elle succède à une éruption papuleuse.

Nitri acidum vient parfaitement après *lachesis*, lorsque les squammes sont sèches et accompagnées d'une grande sécheresse de la peau, surtout du cuir chevelu.

Sepia est préférable, lorsque la desquamation s'opère par places arrondies, qu'elle détermine la chute des cheveux et celle des poils des parties affectées.

Mezereum et rhus conviennent parfaitement, lorsque les squammes succèdent à une éruption papuleuse.

2° Le *psoriasis syphilitique* est en rapport d'homœopathicité avec ARSENICUM, IODIUM, MERCURIUS SOLUBILIS, PHOSPHORUS, PHOSPHORI ACIDUM, SEPIA.

ARSENICUM, lorsque l'éruption est répandue sur toute la surface du corps, et accompagnée d'un prurit brûlant.

IODIUM, si la peau des parties affectées s'est épaissie, qu'elle soit devenue comme du parchemin et d'une couleur foncée. La coexistence d'un engorgement ganglionnaire induré serait un signe absolument déterminant.

MERCURIUS SOLUBILIS est préférable, si les plaques psoriasiques ont une teinte rouge assez unie, avec tendance au suintement.

PHOSPHORUS, si ces taches sont jaunes, et couvertes de squammes minces, peu adhérentes.

PHOSPHORI ACIDUM, si elles sont rouges, brûlantes, surtout si elles s'accompagnent d'insensibilité de la peau.

SEPIA, quand les taches sont bien arrondies, formant des cercles d'un brun jaune, sur lesquels s'établit une desquamation manifeste, surtout sous l'influence du moindre frottement.

Si le psoriasis a le scrotum pour siége, PETROLEUM, NITRI ACIDUM et THUYA doivent être préférés aux substances précédentes.

PETROLEUM, quand l'éruption est rouge et lisse.

NITRI ACIDUM, lorsque les squammes sont sèches.

THUYA, quand elles sont rouges et accompagnées de suintement.

3° La *lèpre syphilitique* cède à l'ARSENICUM, à l'ACIDUM PHOSPHORICUM et à la SEPIA.

L'ARSENICUM, lorsque les taches sont noirâtres.

L'ACIDUM PHOSPHORICUM, quand elles sont insensibles.

La SEPIA, quand elles sont jaunes et exactement arrondies.

4° L'*ichthyose* réclame le LACHESIS et le THUYA, médicaments qui se spécifient à l'aide des symptômes concomitants.

Un point très-important dans le traitement des syphilides squammeuses, est de faire intervenir le *soufre* à propos. Par sa pathogénésie, comme par ses applications cliniques, ce médicament répond, en effet, aux différentes formes comprises dans cette catégorie; mais il ne peut les guérir à lui seul. Il faut donc l'alterner souvent avec les médicaments indiqués plus haut.

5° RHAGADES. — Autrefois les syphilographes décrivaient à part un autre symptôme de la peau, auquel ils donnaient le nom de *Rhagades*. Swediaur leur consacre un article spécial, et les place à côté des verrues et des poireaux (1).

Au premier aspect, ces rhagades sont des fissures qui se forment à la paume des mains, entre les orteils, à l'anus ou au pourtour des organes génitaux; en réalité, ces solutions de continuité tiennent à l'existence d'une des dermatoses précédemment décrites sur des régions

(1) *Traité des maladies vénériennes*, t. I, p. 452.

où la peau forme des plis. Elles sont constituées, le plus souvent, par des papules humides, développées sur les points que j'indiquais tout à l'heure; elles ne réclament pas alors d'autres médicaments que ces papules elles-mêmes, c'est-à-dire *lachesis*, *lycopodium*, *nitri acidum*, *thuya*, *staphysagria*, *sepia* et *mercurius solubilis* (V. p. 408). Ou bien, elles sont le résultat de la présence d'une éruption squammeuse, et doivent être traitées par une des substances précédemment indiquées (V. p. 417).

Enfin, on observe encore deux autres symptômes syphilitiques à la surface du corps : l'*alopécie* et l'*onyxis*.

6° Alopécie. Elle est souvent le résultat d'une éruption papuleuse, tuberculeuse ou squammeuse, ayant envahi le cuir chevelu. Dans ce cas, la dermatose est le signe caractéristique pour le choix du médicament; on n'a pas à tenir compte de l'alopécie, qui s'arrête dès que la dermatose est guérie.

Mais ce symptôme existe très-souvent en dehors de cette condition, et comme effet d'une syphilis constitutionnelle récente. Mercurius solubilis et lachesis sont alors les deux substances qu'il faut lui opposer. L'une et l'autre sont souvent nécessaires. Dans tous les cas, mercure doit être administré avant lachesis.

Onyxis. On confond généralement sous ce titre des altérations différentes, dont les ongles peuvent être le siége; d'abord, l'inflammation et l'ulcération; ensuite, les taches et l'exfoliation.

Lorsque le bourrelet enflammé qui entoure l'ongle

malade n'est pas encore ulcéré, MERCURIUS SOLUBILIS est le médicament essentiel. Il en est encore ainsi, lorsque l'ulcération est complétement formée, pourvu qu'elle offre les caractères de l'ulcère syphilitique simple.

Si cet ulcère végète, qu'il soit violacé, fongueux, LACHESIS d'abord, NITRI ACIDUM ensuite, doivent être préférés. Si cet ulcère offrait quelque point de gangrène, ARSENICUM et CARBO VEGETABILIS devraient être prescrits. A l'aide de ces médicaments, la marche destructive de la maladie est arrêtée, les tissus prennent une teinte rouge vif, le fond de l'ulcère bourgeonne, et la cicatrisation s'opère.

Si elle tardait à s'accomplir, une dose de soufre, administrée après les médicaments indiqués plus haut, lui donnerait une impulsion nouvelle, et SILICEA compléterait la guérison, dans le cas où la cicatrice ne se formerait pas franchement.

Dans d'autres circonstances, les ongles, au lieu de s'enflammer et de s'ulcérer, s'épaississent.

MERCURIUS SOLUBILIS, suivi de SULPHUR, et quelquefois de SEPIA, sont très-utiles alors.

Ou bien les ongles se couvrent de taches blanches; *nitri acidum, sepia, sulphur* sont préférables. Dans ce cas, il faut les choisir en raison des symptômes concomitants.

Lorsque enfin les ongles s'exfolient, *mercurius*, *sulphur* et *graphites* sont très-utiles; il faut les donner dans l'ordre où je viens de les énumérer.

MODE D'ADMINISTRATION. Il est de règle pour le

traitement des syphilides, de donner les médicaments à une dilution plutôt élevée que basse ; la 18e, la 24e, la 30e sont les plus utiles. On les prescrit à des doses variables, allant de 5 à 6 globules à 1 ou 2 gouttes. Il est rare qu'on soit obligé de donner des quantités plus considérables.

En général, le médicament est dissous dans 125 ou 250 grammes d'eau alcoolisée, dont il faut donner de 2 à 4 cuillerées à bouche chaque jour.

Lorsque sous l'influence du médicament, l'éruption diminue, il faut insister sur la même substance, en ayant le soin de changer la dilution tous les cinq ou six jours. Dès qu'on observe, au contraire, quelque signe d'aggravation, ou si des symptômes artificiels, propres au médicament, se développent, il faut laisser réagir le malade, ou donner un antidote quand les effets accessoires sont assez intenses pour nécessiter une pareille intervention.

Il ne faut pas oublier que les syphilides, surtout celles qui sont profondes, résistent parfois au traitement ; il ne faut donc pas craindre, par conséquent, quand on n'obtient pas une modification rapide, d'insister sur la même substance ; seulement il faut, avant tout, être parfaitement sûr du choix qu'on a fait.

Les dermatoses syphilitiques ne nécessitent d'ordinaire aucun pansement. Il faut seulement avoir le soin de mettre les parties malades en contact avec un linge de toile. Mais s'il y a quelque partie ulcérée, ou dont l'épiderme soit détruit, le mieux est de la couvrir

d'un linge enduit de cérat simple, ou de plumasseaux de charpie trempée dans une solution du médicament qui est administré à l'intérieur ; pratique sur laquelle j'ai insisté en parlant du chancre.

§ III.

DES GOMMES.

Les gommes furent considérées jusqu'en ces derniers temps comme des expressions tardives de la vérole, comme des symptômes appartenant à la période tertiaire ; elles étaient décrites, en conséquence, non pas immédiatement après les syphilides, mais à la suite des affections syphilitiques des membranes muqueuses.

De récentes recherches leur ont donné une tout autre valeur, car elles ont conduit à les regarder comme une altération de texture propre à la vérole, pouvant se produire partout, et appartenant à toutes les phases de cette diathèse; en un mot, comme le signe anatomique spécifique de la syphilis constitutionnelle (1).

D'après M. Virchow, défenseur habile de cette opinion, on verrait se produire sous l'influence de la syphilis deux ordres de lésions ; les unes auxquelles il donne le nom de *productions inflammatoires simples*, les autres qu'il considère comme des *produits spécifiques*. Ceux-ci se borneraient à une seule manifesta-

(1) Voyez *De la syphilis constitutionnelle*, par le docteur Virchow, de Berlin, trad. par le docteur P. Picard. Paris, 1860, in-8.

tion, la GOMME ; la gomme qui constituerait la base indurée du chancre primitif, le tubercule cutané, et l'induration du testicule, du foie, du poumon, etc.

Toutefois, le tissu cellulaire sous-cutané étant le siége le plus fréquent de ces tumeurs, c'est là qu'il convient de les étudier tout d'abord.

Lorsqu'elles se développent sous le derme, les gommes forment de petits tubercules isolés ou groupés, souvent en assez grand nombre, parfois uniques.

Leur consistance est dure ; elles sont adhérentes à la peau par un petit prolongement pédiculé, mais restent très-mobiles sur les tissus sous-jacents. Ces tubercules sont indolents ; ils ne causent de douleur à la pression que dans le cas où ils siégent sur le trajet d'un nerf, qui se trouve comprimé.

Ces tumeurs s'accroissent lentement, n'entraînent tout d'abord aucun changement de couleur à la peau. Plus tard, elles se ramollissent, deviennent fluctuantes, et adhèrent aux parties voisines. La peau prend alors une teinte rouge brun très-prononcée. Puis, le travail de désorganisation suivant sa marche, la peau se rompt, et il s'écoule une certaine quantité d'un liquide ayant un aspect purulent, ichoreux, mal lié, contenant des débris organiques, sans aucun globule de pus.

A cette période, ou bien la peau s'amincit, se décolle et les ulcérations s'étendent, ou bien les ouvertures restent fistuleuses, donnant issue à une suppuration peu abondante, mais qui ne se tarit pas. Dans le premier cas, la coque fibreuse qui contenait le

liquide est expulsée, et la cicatrice peut se faire; dans le second, la coque reste, et la sécrétion morbide se continue.

Les cicatrices laissées par les gommes sont violacées dans les premiers temps ; plus tard elles deviennent blanches; elles sont toujours déprimées comme celles des brûlures profondes.

Ainsi, les gommes passent par quatre périodes successives: l'induration, le ramollissement, l'ulcération et la réparation. L'ulcération est indispensable à la guérison. On ne voit jamais, selon la remarque de M. Ricord, la tumeur être énuclée par la suppuration du tissu cellulaire périphérique (1) ; en aucun cas la coque fibreuse n'est expulsée avant que la gomme elle-même ne se soit ramollie et ulcérée.

Il résulte des observations de MM. Lebert, Verneuil et Robin, et de la note communiquée par ce dernier à M. Van Oordt (2), documents auxquels il convient d'ajouter ceux qu'a publiés M. Virchow (3), que les tumeurs gommeuses présentent les caractères anatomiques suivants :

A leur première période, selon M. Lebert, elles constituent des tumeurs « aplaties, rondes ou de « forme irrégulière, d'une couleur jaunâtre, compa- « rable à celle de la matière tuberculeuse, un peu « lisse, comme le tissu adipeux, » élastiques. A la

(1) *Iconographie de l'hôpital des Vénériens*, observ. de la pl. XXVIII, fig. 2.

(2) *Des tumeurs gommeuses*, Thèse. Paris, 1859, p. 16 et pass.

(3) *Loc. cit.*

coupe, on les trouve composées de « une trame « fibreuse, à larges mailles, et constituée par des « fibres élastiques, pâles, laissant dans leurs intervalles « de grands espaces remplis par une substance « homogène, granuleuse, dont les parties élémen- « taires sont moins adhérentes les unes aux autres « que dans le tubercule.

« La dimension de ces granules ne dépasse point « $0^m,005$; ils sont arrondis et contiennent une sub- « stance irrégulièrement grenue ; quelques corpus- « cules plus grands atteignent $0^m,0075$, à paroi pâle « et irrégulière, et paraissant contenir un noyau ar- « rondi (1). »

M. Robin a constaté des caractères analogues. « Les gommes non ramollies lui ont paru composées « d'un tissu tantôt uniformément gris, demi-transpa- « rent, tantôt d'un gris rosé, avec ou sans stries « grisâtres plus opaques. Le tissu était d'une con- « sistance comparable à celle du foie un peu induré ; « il était friable et se déchirait sans présenter d'aspect « filamenteux, si ce n'est vers la surface, où il se « confondait peu à peu avec le tissu cellulaire « ambiant (2). »

Quant à la substance même du tubercule, elle était formée de ces noyaux ronds appartenant aux cellules fibro-plastiques, et auxquels M. Robin donne le nom de *cytoblastions*, d'une substance amorphe finement

(1) Van Oordt, *Des tumeurs gommeuses*, p. 16 et 17, Rapport de M. Lebert sur une observ. de M. Dufour.

(2) Van Oordt, *loc. cit.*, p. 20.

granuleuse, demi-transparente, entièrement dépourvue de *granulations graisseuses*, enfin de quelques fibres isolées de tissu cellulaire, d'un petit nombre de fibres élastiques et de quelques vaisseaux capillaires.

Les *gommes ramollies* présentaient des caractères un peu différents. La coque fibreuse était plus sèche, plus épaisse ; la masse centrale avait un aspect gélatiniforme, analogue à celui des matières gommeuses ; ce tissu était incolore, rosé ou jaunâtre comme la gélatine mal purifiée ; dans certains points il y avait des taches d'un gris jaunâtre, analogues à celles que causerait une infiltration de pus.

« Dans le tissu des tumeurs offrant cet aspect, se « rencontraient les mêmes éléments décrits plus haut; « seulement la matière amorphe interposée aux cyto- « blastions et autres éléments était beaucoup plus « abondante, plus molle, facile à écraser entre deux « lames de verre, moins granuleuse, plus transpa- « rente. Quant aux parties jaunâtres, d'aspect puru- « lent, elles ne renfermaient pas de pus, mais seule- « ment de nombreuses granulations jaunâtres, de « matière graisseuse, très-petites, mais nombreuses « et rapprochées les unes des autres (1). »

Enfin, les tumeurs plus avancées encore offraient la composition des précédentes, avec cette différence que la matière amorphe était moins abondante, les cytoblastions plus nombreux, et surtout que la proportion des globules graisseux était considérablement augmentée.

(1) Van Oordt, *Des tumeurs gommeuses, loc. cit.*, p. 21.

Ce sont ces différences qui ont fait attribuer aux gommes l'évolution admise par M. Virchow ; à savoir qu'elles se formaient aux dépens du tissu cellulaire, (ce que l'auteur appelle le tissu conjonctif), dont les éléments se multiplient pour se séparer ensuite en deux portions : l'une qui se condense pour former l'enveloppe de la tumeur, comme on le dit, se *sclérose ;* l'autre qui va toujours en se ramollissant, et en subissant la transformation graisseuse.

D'où cette conclusion, à laquelle tous les anatomo-pathologistes se sont arrêtés, et que M. Van Oordt formule, en disant que la gomme est une « production d'une nature particulière, spécifique en quelque « sorte sous ce rapport, comme la cause qui en a suscité le développement ; bien que les éléments anatomiques qui la composent se rencontrent, soit dans « les tissus sains, soit dans des tumeurs d'espèces différentes (1). » Ce qui a fait dire encore à M. Lebert qu'on n'était point autorisé à admettre « l'existence « d'un type syphilitique spécial, d'un élément cellulaire propre à la syphilis (2). » Selon M. Virchow, ces tubercules n'acquièrent jamais les caractères microscopiques des tumeurs malignes.

Or, ces tubercules, le professeur de Berlin les a rencontrés partout avec les mêmes caractères : à la surface du périoste, et pénétrant dans l'épaisseur du tissu osseux, dans le parenchyme du testicule, du foie, des muscles, du cerveau, de l'iris, de la langue, du poumon,

(1) *Loc. cit.*, p. 22.
(2) *Loc. cit.*, p. 17.

sous la muqueuse qui tapisse la face interne des bronches et du tube digestif, dans les ganglions lymphatiques et dans la rate. Il y a plus : en comparant aux tumeurs gommeuses l'induration qui entoure l'ulcère primitif et le tubercule cutané, le même auteur a reconnu une analogie extrême entre ces lésions diverses (1).

Le travail pathologique dont la gomme est le résultat, existerait donc à toutes les périodes de la syphilis, aussi bien à son début qu'à l'époque de ses manifestations les plus tardives.

Il est facile de fixer, dans cette opinion, ce qu'il convient d'entendre par ces indurations, ces cancers, ces phthisies syphilitiques, dont on a si souvent parlé. Pour ces deux dernières affections, il ne s'agit pas, en effet, d'une véritable dégénérescence cancéreuse ou tuberculeuse, mais d'une gomme. De là vient que la thérapeutique s'est montrée si puissante contre ces maladies quand elles sont syphilitiques, ainsi qu'il ressort des observations réunies par M. Yvaren (2), tandis qu'elle reste désarmée quand il s'agit de véritables dégénérescences.

On comprendra aussi comment un même médicament, l'iodure de potassium, a réussi d'une manière si brillante dans des affections aussi distinctes que les tumeurs du tissu cellulaire, certains ictères, quelques paralysies, certaines phthisies pulmonaires qui semblaient parfaitement caractérisées. Ce médicament

(1) *Loc. cit.*, p. 181.
(2) *Métamorphoses de la syphilis.* Paris, 1854, in-8.

s'adressant alors en réalité à une altération identique, relevant d'une même cause, à une affection dont les symptômes varient seulement en raison des fonctions de l'organe malade, devait amener la guérison, malgré la diversité des apparences symptomatologiques.

Toute la difficulté pour le praticien consiste donc à reconnaître, pendant la vie, l'existence des gommes développées au centre d'organes profondément situés, difficulté extrême contre laquelle on a souvent échoué. J'ai dit déjà, en parlant de la syphilis larvée (1), à quelles conditions ce diagnostic pouvait être établi ; j'aurai occasion de revenir sur ce sujet en étudiant les différentes formes de la syphilis qu'il me reste à décrire. Il me suffira en ce moment de bien préciser les caractères des gommes-types, de celles que l'on rencontre sous la peau, et dont je rappellerai tout d'abord les caractères.

A la *première période*, la gomme se présente sous la forme d'une petite tumeur, donnant au toucher la sensation d'un empâtement circonscrit, et paraissant mobile. A mesure qu'elle augmente, elle se sépare davantage des tissus voisins.

A la *seconde période*, la tumeur est moins dure et plus volumineuse, donne au toucher une sensation mollasse, conserve même l'empreinte du doigt; elle semble adhérer de plus en plus avec les tissus voisins; ses limites sont de moins en moins accusées. Elle ressemble alors à certains abcès froids.

C'est à ce moment que la peau change de couleur

(1) Voyez p. 128 et pass.

et contracte avec la gomme des adhérences intimes. La teinte des téguments devient brune, cuivrée, ceux-ci s'amincissent et se perforent.

La *troisième période* commence à ce moment. Ou bien la peau se rompt sur un seul point qui donne issue au liquide renfermé dans la coque fibreuse, puis s'étend par un travail ulcératif continu, précédé d'un décollement périphérique ; ou bien il se fait plusieurs ouvertures fistuleuses entre lesquelles existent des ponts qui les relient. Ceux-ci se détruisent peu à peu, et les fistules se réunissent en un vaste ulcère.

Celui-ci est excavé, son fond est grisâtre, sanieux, ressemblant, ainsi que l'enseigne M. Ricord, à l'ulcère du rupia et à celui de l'ecthyma profond ; la matière qui s'écoule se compose d'un liquide ayant l'aspect d'un pus séro-sanguinolent, ou formé d'une matière visqueuse, jaunâtre, mêlée de petits grumeaux.

Lorsque la coque est vidée ou éliminée, la *quatrième période* commence ; des bourgeons charnus remplissent la cavité de l'ulcère, la coloration cuivrée ou brune des parties voisines diminue successivement, et la cicatrice se forme.

Ainsi que l'enseigne M. Virchow, celle-ci n'entraîne pas la régénération du tissu conjonctif sous-jacent ; ce qui donne à la cicatrice les dépressions irrégulières qu'elle présente, et ce qui la fait ressembler à celle des brûlures les plus profondes.

Il est un dernier caractère digne de remarque, et sur lequel l'auteur précédent insiste beaucoup : c'est que les tissus qui entourent l'ulcère gommeux ont une

grande tendance à l'hypertrophie, tandis que le centre de la partie affectée en a une, non moins grande, à la résorption et à la destruction.

Les symptômes des gommes présentent quelques variétés en raison des régions où elles se développent. Au scrotum, l'induration du début est limitée, unique ou multiple, mais sans retentissement sur le testicule ou le cordon, qui restent sains. Les tumeurs deviennent douloureuses en se ramollissant, et donnent lieu à des ulcères qui ressemblent beaucoup aux chancres primitifs.

Si la gomme s'est développée dans l'épaisseur du testicule, les caractères sont différents encore. J'en parlerai plus tard, à l'article : *Sarcocèle.*

Au cuir chevelu et au visage, la seule particularité que présentent ces tumeurs est une adhérence plus intime avec les tissus voisins, qui sont eux-mêmes plus denses.

On rencontre enfin des gommes sous-cutanées, ayant leur point de départ dans le périoste. Dans ce cas, la peau est tout à fait mobile sur la tumeur, et celle-ci cesse bientôt de recevoir aucun des mouvements qu'on essaye de lui imprimer. Quant à ses autres caractères, il en sera question à l'article : *Maladies des os.*

La gomme sous-cutanée peut aussi avoir son siége dans l'épaisseur des muscles ou des tendons. Ici encore, on constate la complète indépendance qui existe entre la peau et la tumeur. Celle-ci est peu ou pas douloureuse ; elle gêne les mouvements des muscles, surtout ceux d'extension, ou disparaît en partie lorsque le

muscle se contracte, et devient beaucoup plus facile à délimiter pendant la période de relâchement.

Le diagnostic offre parfois des difficultés. A l'état de crudité, il est possible de confondre les gommes avec les tumeurs squirrheuses, adénoïdes, les kystes, les névrômes, les loupes, certains anévrismes, enfin avec les tumeurs fibreuses et osseuses.

Les caractères distinctifs suivants, si bien résumés par M. Van Oordt (1), peuvent lever tous les doutes.

Le *cancer squirrheux* a un volume plus considérable que celui de la gomme ; il est plus bosselé, plus irrégulier, contracte des adhérences plus intimes avec la peau et les tissus sous-jacents ; il est le siége de douleurs lancinantes, tandis que les douleurs de la gomme sont sourdes, contuses et souvent nulles.

C'est surtout lorsque la gomme se développe dans le tissu conjonctif du sein que cette erreur a été commise. Mais, dans le cas de cancer, il y a rétraction de la peau, adhérence aux tissus voisins, engorgement des ganglions axillaires ; ce qui n'existe nullement avec la tumeur syphilitique. De plus, la peau conserve plus longtemps sa coloration normale dans le premier cas que dans le second.

Les tumeurs adénoïdes sont plus difficiles à distinguer. Comme les gommes, elles sont indolentes, mobiles, arrondies ; mais leur marche est très-lente, leur volume plus considérable, leur consistance plus dure, et elles n'ont pas la même tendance au ramollissement,

(1) *Loc. cit.*, p. 9 et *passim*.

ce qui fait que la peau reste plus longtemps intacte avec elles qu'avec la gomme. Les antécédents et les symptômes concomitants, enfin, pourraient lever les doutes dans un cas difficile.

Les kystes sont limités, arrondis, offrent une consistance différente de celle de la gomme ; ils restent longtemps dans un état stationnaire.

Les névrômes se séparent des gommes par leur sensibilité et l'extrême douleur qu'on détermine en les comprimant.

Les loupes ont une marche et une consistance tellement distinctes de celles des gommes, qu'on ne peut réellement les confondre. Du reste, l'aveu d'antécédents syphilitiques et la présence d'autres symptômes vénériens seraient des signes tout à fait déterminants.

Les anévrismes ont un siége déterminé ; les battements qu'on y perçoit, les variations de volume, les signes stéthoscopiques, les séparent suffisamment des tumeurs gommeuses.

Les enchondromes se reconnaissent à leur siége et à leur marche. Les phalanges, le tibia, la parotide, le testicule, sont les endroits où on les observe le plus souvent ; ils ont une marche essentiellement chronique, ne se ramollissent que très-lentement, et peuvent durer plus de dix ans avant que les téguments ne s'altèrent. Il n'en est point ainsi pour les gommes.

Enfin, la périostose gommeuse se distingue de la périostose syphilitique par sa mobilité, incomplète il est vrai, mais encore assez évidente, et par l'absence de douleurs ostéocopes et de sensibilité à la pression.

Ce qui est plus difficile quelquefois, c'est de distinguer la gomme ramollie d'un abcès froid; cependant celui-ci offre plus d'empâtement à sa base, la fluctuation y est plus franche, plus profonde, la peau s'enflamme moins facilement à son niveau. L'âge du malade, ses antécédents, et surtout les symptômes concomitants, seront d'un grand secours pour fixer le diagnostic de ces tumeurs.

Les engorgements ganglionnaires se distinguent des gommes sous-cutanées par leur siége même; les furoncles, par leur marche rapide, la coloration de la peau et la présence d'un bourbillon.

Lorsque les gommes sont ulcérées, on peut les confondre avec le cancroïde, l'encéphaloïde ulcéré, les ulcères psoriques et variqueux, les syphilides ulcérées, l'anthrax, le lupus ulcéré.

Le cancroïde est plus dur, sa marche plus lente; il est en général unique, et n'a pas une coloration cuivrée. Il donne lieu à une sécrétion moins abondante que celle de la gomme.

L'encéphaloïde a généralement une glande pour point de départ. La peau ne s'ulcère que par suite de la marche envahissante du mal; les douleurs lancinantes y sont parfaitement caractérisées. Les antécédents et la coexistence d'autres symptômes syphilitiques doivent être recherchés avec soin.

Les ulcères psoriques, scrofuleux et variqueux, existent surtout aux jambes; les gommes se montrent partout. Les premiers n'ont pas de coque; leurs bords sont irréguliers; avec eux la peau a une teinte violacée

brune ou rouge, jamais cuivrée ; les veines voisines sont variqueuses, tandis qu'avec les gommes, les tissus restent sains, et les bords de l'ulcération sont limités et parfaitement circulaires.

La gomme ulcérée pourrait se confondre encore avec le rupia syphilitique ; mais les croûtes de ce dernier, son point de départ, qui est une éruption bulleuse, le distinguent suffisamment.

Les caractères sont moins tranchés, quand il s'agit d'un tubercule syphilitique ; ce qu'il est facile de comprendre par ce fait : que le tubercule ne serait qu'une gomme développée dans l'épaisseur du derme, ou dans la cavité d'un follicule.

L'anthrax a une marche trop aiguë, s'accompagne de symptômes fébriles trop marqués, et d'une mortification du tissu cellulaire trop étendue, pour qu'il soit possible de le confondre avec les gommes.

Quant au lupus ulcéré, ses ulcérations sont superficielles, tandis que celles des gommes pénètrent profondément ; leur surface est molle, violacée, fongueuse et non cuivrée ; les tissus voisins sont œdématiés, et la tumeur se confond avec eux. La gomme, au contraire, est nettement délimitée, et sans aucun empâtement œdémateux.

Le pronostic des gommes sous-cutanées est rarement grave, quand on le considère par rapport aux dangers que causent les altérations locales. Il est rare que l'ulcère s'étende assez pour inspirer de sérieuses inquiétudes, la coque fibreuse qui sert d'enveloppe au tissu propre de la tumeur, lui formant une limite naturelle.

Il est plus grave si l'on tient compte de l'état diathésique; la dégénérescence gommeuse indiquant toujours que la diathèse est largement développée et précédant souvent des symptômes plus profonds, plus destructeurs.

Envisagé au point de vue thérapeutique, le pronostic est un des plus favorables que l'on puisse porter en syphilographie, l'iodure de potassium étant un agent dont l'effet bienfaisant est presque assuré, avec lequel on parvient souvent à empêcher la gomme de s'ulcérer, avec lequel, par conséquent, on arrive, s'il faut en croire les syphilographes français, à entraver la maladie dans sa marche et dans son développement.

Traitement. — L'iodure de potassium est le médicament essentiel, le spécifique des tumeurs gommeuses, selon M. Ricord; celui auquel cette forme de la vérole cède à coup sûr, et qui mérite, selon les partisans des nouvelles doctrines, l'enthousiasme le plus complet.

On rencontre bien, il est vrai, quelques voix discordantes au milieu de ce concert d'éloges. M. Virchow, par exemple, tout en reconnaissant la puissance de l'iode, réclame en faveur du mercure. « Ce médi-
« cament (l'iodure de potassium), écrit-il, semble aussi
« faire disparaître la tumeur gommeuse qui subit la
« dégénérescence graisseuse; mais le mal revient, la
« carie, la nécrose se produisent; on ordonne le trai-
« tement par les frictions mercurielles, et l'on obtient
« les meilleurs résultats (1). »

(1) Voy. *loc. cit.*, p. 187.

La conséquence à tirer de ces restrictions, c'est que les iodures ont une action positive sur les gommes, mais qu'ils ne réussissent pas d'une manière absolue. De là, pour les homœopathes, une double obligation : celle de rechercher jusqu'à quel point les succès thérapeutiques du *kali hydriodicum* rentrent sous la loi des semblables, et celle de déterminer quelles substances devront remplacer ce médicament lorsque son action curative aura été reconnue insuffisante.

La solution de la première partie de ce problème est entourée de difficultés. Celles-ci résultent de la connaissance incomplète que nous avons des effets pathogénétiques de l'*iodure de potassium*, l'étude des symptômes développés sur l'homme sain par ce médicament laissant beaucoup à désirer. Ce que nous en savons cependant, nous permet de dire que la similitude entre les symptômes de la maladie et ceux du médicament est parfaitement établie (1).

Nous trouvons, en effet, dans la pathogénésie de l'iode et dans celle de l'iodure, d'abord les symptômes généraux qui accompagnent les périodes avancées de la vérole ; la fièvre venant la nuit, composée de frissons passagers et de sueurs abondantes (*Sympt.* 295-303) et accompagnée d'une augmentation notable de l'appétit; les douleurs osseuses nocturnes (250), l'engorgement des ganglions lymphatiques, enfin l'altération, de composition du sang signalée par tous les auteurs

(1) Voy. la *Pathogénésie du Kali hydriod.*, in *Reine Arzneimittellehre*, par Hartlaub et Trincks, t. III, p. 37 et *passim*. Leipsick, 1831.

(V. *Biblioth. de thérap.* de Bayle, t. I ; Trousseau et Pidoux, *Traité de thérap. et de mat. méd.*, t. I, p. 248 et *passim*) ; la couleur terreuse de la peau et l'amaigrissement.

Parmi les symptômes locaux, des nodosités brûlantes et sensibles au coin de la bouche et dans l'épaisseur des joues, avec une rougeur légère et un peu de gonflement des parties environnantes (274-275); des tumeurs nombreuses, de grosseurs différentes, apparais sant au visage, au cuir chevelu, dans le dos, sur la poitrine, et composées de nodosités qui se forment sous la peau, grossissent rapidement, au point d'acquérir le volume d'une petite noix, offrent la consistance de dépôts purulents, avec une très-légère rougeur de la peau, se rompent et se vident spontanément (1). On objectera, sans doute, que cette description des tumeurs produites par l'iodure de potassium laisse à désirer (2), qu'il n'y est point question de l'espèce de liquide qu'elles contiennent, pas plus que de l'ulcère consécutif. Ces reproches sont fondés; mais j'ai dit déjà que la pathogénésie de ce médicament est incomplète, qu'ainsi nous ne pouvons espérer d'y rencontrer tous les symptômes qu'il a puissance de produire. L'impossibilité où nous sommes d'établir une similitude absolue entre les gommes et les nodosités dues au médicament, tient

(1) *Manuel* de Noack et Trincks, t. VI, 2e partie, p. 967.

(2) MM. Mérat et Delens, *Dict. univ. de mat. méd.*, parlent de *boutons enflammés* produits par l'iode donné à haute dose (t. III, p. 627), expression plus vague encore que toutes les autres.

donc à notre ignorance et non pas à l'impuissance de ce composé.

Je dirai plus ; c'est que nous trouvons dans les symptômes rappelés plus haut des caractères assez précis pour éclaircir tous les doutes ; car les gommes seules débutent par une nodosité qui se ramollit en grossissant, ne cause pas de douleur et n'altère la peau que consécutivement. C'est donc par erreur que les auteurs du manuel auquel j'ai emprunté ces symptômes, les ont désignés sous le nom de *petits furoncles ;* ceux-ci s'accompagnant de douleurs aiguës et des signes d'une vive inflammation.

Il y a encore entre les effets des gommes sur certaines glandes et ceux de l'iodure de potassium une nouvelle analogie. Les premières, par exemple, en se résorbant, amènent souvent la diminution de volume du testicule, et MM. Trousseau et Pidoux accordent la même puissance à l'iode et à ses composés.

Nous sommes par conséquent autorisés à soutenir que les effets spécifiques de ce médicament sont au nombre de ceux que la loi des semblables explique et fait prévoir. Mais comme, en même temps, nous sommes loin de trouver dans les symptômes physiologiques de cet agent tous les caractères de la diathèse syphilitique, nous pouvons comprendre pourquoi il triomphe de la forme revêtue par la maladie sans détruire celle-ci entièrement, sans pouvoir surtout s'opposer à ses transformations ultérieures.

Nous avons ainsi un intérêt puissant à rechercher quelles sont les substances auxquelles il conviendra de

s'adresser pour arriver à un résultat plus complet : LYCOPODIUM, MERCURIUS SOLUBILIS, PHOSPHORUS et THUJA sont à coup sûr les plus importantes.

LYCOPODIUM fait naître, sur l'homme sain, des nodosités dures, que l'on rencontre même dans l'épaisseur de la langue ; et qui n'entraînent point de changement de couleur à la peau.

Celles que cause le MERCURIUS SOLUBILIS s'accompagnent, au contraire, d'une rougeur plus ou moins vive de l'enveloppe cutanée. Le PHOSPHORUS engendre des nodosités qui siégent sous la peau, acquièrent le volume d'une noix, sont peu sensibles au toucher, mais avec lesquelles la peau prend une couleur rouge brun, foncé.

Les nodosités produites par le THUYA présentent des caractères analogues à celles que produit le *phosphorus*. Le cuir chevelu et les organes génitaux en sont le siége le plus fréquent.

Enfin, on trouve dans les études de matière médicale auxquelles le *bi-iodure de mercure* avait été soumis par Andrieu (d'Agen) des éruptions, dites *furonculeuses*, mais se rapprochant beaucoup de ces gommes à évolution rapide et à signes inflammatoires marqués, qu'on rencontre chez les scrofuleux.

Pour spécifier maintenant les indications diverses auxquelles chacune de ces substances peut répondre, eu égard à la forme morbide qui nous occupe, il faut dire que les gommes à leur *première période* réclament l'IODURE DE POTASSIUM et le LYCOPODIUM.

Lorsqu'elles commencent à se ramollir, PHOSPHORUS,

MERCURIUS SOLUBILIS et THUJA peuvent succéder avec avantage aux préparations iodurées.

MERCURIUS SOLUBILIS est le médicament auquel on songera tout d'abord, surtout si les téguments ont une couleur rouge assez vive. On le choisira d'autant mieux qu'il répond aux symptômes généraux de la diathèse syphilitique.

PHOSPHORUS sera préféré chez les sujets de constitution scrofuleuse;

THUJA ne viendra jamais qu'après le mercure, et lorsque la tumeur sera entourée d'un cercle brun.

Le *bi-iodure de mercure* serait réservé pour les cas d'inflammation vive, et chez les scrofuleux.

Pendant la *période d'ulcération*, le KALI HYDRIODICUM et surtout IODIUM seraient fort utiles.

Ce dernier médicament se trouve indiqué par l'expérimentation pure et l'observation clinique. La première nous apprend qu'il cause l'éruption de tumeurs furonculeuses, entourées d'un cercle inflammatoire vif, laissant sortir un corps dur (sur la nature duquel les auteurs ne s'expliquent pas, mais qui ne peut être un bourbillon, puisque ce dernier est mou), et donnant ensuite naissance à un ulcère.

L'observation clinique nous apprend que le pansement le plus efficace des ulcères gommeux consiste à les recouvrir de charpie imbibée de teinture d'iode (1). N'en est-ce pas assez pour justifier le choix de ce médicament?

(1) Van Oordt, *loc. cit.*, p. 30.

L'ulcère ayant été modifié sans perdre complétement ses caractères vénériens, MERCURIUS SOLUBILIS succédera parfaitement à l'iode et à ses composés.

S'il prend l'aspect du chancre végétant, *nitri acidum*, puis *thuya* remplaceront le *mercure soluble*.

Enfin, l'ulcère marchant à cicatrisation, ou même ayant complétement disparu, mais en laissant une induration des tissus voisins, LACHESIS et SULPHUR seront employés en vue de faire disparaître cette dernière.

En résumé : KALI HYDRIODICUM, IODIUM, MERCURIUS SOLUBILIS sont les médicaments spécifiques des tumeurs gommeuses ;

Lycopodium, phosphorus, mercurius bi-iodatus, thuya, viennent après, comme ordre d'importance.

Nitri acidum, lachesis, sulphur, sont très-efficaces pour modifier soit la surface de l'ulcère, soit l'induration des cicatrices.

Il y aurait ici une utile remarque à faire, c'est que l'analogie établie par M. Virchow, sous le rapport anatomique entre l'induration du chancre, le tubercule cutané et la gomme, ne se soutient pas au point de vue thérapeutique. Tandis que *lachesis* et *sulphur* répondent directement au premier, *mercurius bi-iodatus* au second, *kali hydriodicum, iodium, mercurius solubilis, phosphorus, lycopodium* ont plus d'affinité avec la troisième.

Il est bon de remarquer encore que nous n'employons pas, en homœopathie, un médicament unique pour toutes les phases par lesquelles un même état

morbide doit passer; que notre choix varie au contraire en raison des modifications symptomatologiques qui se présentent. D'après l'enseignement de Hahnemann, le médicament curatif est celui qui produit sur l'homme sain les symptômes *actuels* offerts par le malade. De là vient qu'un médicament est homœopathique à une période, et qu'il ne l'est plus à une autre ; de là vient aussi que son action curative sera assurée du moment où il renfermera, dans sa pathogénésie, les symptômes de la période à laquelle on l'oppose, alors même qu'il ne produirait ni ceux qui précèdent, ni ceux qui suivent.

Mode d'administration. — Selon M. Van Oordt, « M. Ricord, le premier, sut parfaitement distinguer « les cas dans lesquels l'iodure de potassium a le plus « d'action : c'est dans les accidents tertiaires de la sy- « philis. Il est tellement convaincu de ses propriétés « curatives, dans ce cas, qu'il dit que c'est le *currus* « *triumphalis* de ce médicament. Mais, de même qu'on « échoue souvent dans les effets que l'on veut pro- « duire, parce que l'on n'emploie pas le remède sui- « vant une bonne méthode, de même l'iodure de po- « tassium donne souvent des résultats incomplets, « parce que son mode d'administration n'est pas « parfaitement bien connu par un grand nombre de « médecins, qui ont rarement l'occasion de l'appli- « quer (1). »

Or, cette fameuse méthode, *qui n'est pas parfaite-*

(1) *Loc. cit.*, p. 29.

ment bien connue par un grand nombre de médecins, consiste à donner tout d'abord 2 grammes de ce médicament chaque jour, à rester à cette dose pendant plusieurs jours consécutifs; puis à augmenter successivement par l'adjonction de 1 gramme, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à en faire prendre 6 dans les vingt-quatre heures. Franchement, la chose est assez simple pour que tout le monde puisse la comprendre, pour que tout le monde sache l'appliquer.

La question est un peu plus compliquée en homœopathie, où il nous faut déterminer, comme nous l'avons fait déjà, la dilution, la dose et la répétition du médicament.

Pour l'*iodure de potassium*, le point essentiel n'est pas de fixer sa quantité, mais sa dilution. Toutes choses égales d'ailleurs, on peut dire, comme fait d'observation, que ce médicament veut être donné à une dilution plus basse que tous les autres. La 3e, la 6e, la 12e au plus, sont préférables de beaucoup aux puissances plus élevées.

Il serait difficile, sans doute, de donner la raison de cette différence; tout au plus la trouverait-on dans certaines analogies. De même que nous donnons l'arnica en teinture-mère dans le traitement des affections traumatiques, de même que Hahnemann recommande l'emploi du suc de thuya dans le traitement des condylomes, de même devons-nous préférer les basses dilutions de l'iodure de potassium dans le traitement des tumeurs gommeuses.

Le grand point est d'employer ce médicament après

l'avoir dynamisé; seulement il faut le dynamiser comme 6 ou comme 12, et non comme 24 ou comme 30.

La dose en même temps doit être plus massive. Il est nécessaire de donner plusieurs gouttes, de 2 à 6, dans la même potion. Quant aux intervalles de répétition, ils ne doivent jamais être très-rapprochés; donner deux ou trois cuillerées de la potion dans les vingt-quatre heures est toujours suffisant.

L'iode doit être à peu près administré comme je viens de le dire; on pourra seulement employer des dilutions plus élevées, 18e, 24e et 30e.

Le *mercurius solubilis* sera prescrit à la 18e ou à la 30e solution, par doses de quelques globules à 2 ou 3 gouttes. On pourrait le donner aussi en trituration par doses de 5 à 10 centigrammes chaque fois.

Le *lycopodium*, le *phosphorus*, le *sulphur*, le *lachesis*, le *thuya*, le *nitri acidum*, etc., seront ordonnés à des dilutions d'autant plus élevées que ces substances sont naturellement moins solubles et moins diffusibles; il faudra choisir une puissance comprise entre la 18e et la 30e, employer des globules ou des gouttes, suivant la susceptibilité du malade, suivant aussi l'état de ses forces et l'étendue des ravages causés par la maladie.

Le pansement sera toujours très-simple; s'il n'y a pas de solution de continuité de la peau, il n'y a rien à mettre sur la partie malade; une fois l'ulcère formé, il faut appliquer à sa surface une dilution inférieure du médicament pris intérieurement.

La gomme correspondant toujours à une période

avancée de la vérole, à un moment où les forces du sujet sont épuisées ou amoindries, il faut toujours veiller sur le régime et sur l'hygiène, en tenant compte des préceptes que j'ai rappelés plus haut (p. 306).

§ III.

SYPHILIS DES MEMBRANES MUQUEUSES.

Babington, dans les notes qu'il ajouta au *Traité de la maladie vénérienne* de Hunter, soutient que « les « affections vénériennes de la gorge présentent autant « de variétés que les éruptions vénériennes de la « peau (1). » Cette opinion a été généralisée ; et M. Ricord, développant, quelques pages plus loin, ses idées sur les formes de la syphilis secondaire, admet qu'il est possible de rencontrer à la surface des muqueuses les formes dont l'enveloppe cutanée est elle-même le siége. M. Baumès a longuement et habilement défendu la même opinion (2).

Rien n'est plus vrai assurément. Seulement la ténuité de l'épithélium, l'action continuelle des liquides sécrétés par les muqueuses, font que les éruptions vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses, ne s'observent jamais à leur première période, le malade les signalant toujours lorsque l'épithélium est rompu et l'ulcération complétement développée. En fait, les affections que je dois décrire en ce moment, se trouveront limitées à une *forme exanthématique*, une *forme papu-*

(1) *Traité de la mal. vénér.*, édit. de Richelot, p. 617.
(2) *Traité des malad. vénér.*, t. II, p. 443 et *passim*.

leuse, une forme *squammeuse*, à des *ulcères* qui succèdent à une vésicule, à une bulle ou à une pustule, à des *tubercules* ou à des *gommes*.

A. *Forme exanthématique*. — Elle se rencontre rarement seule. Des plaques plus ou moins rouges, d'une nuance cuivrée douteuse, disposées régulièrement ou disposées sans ordre, la constituent. Quelquefois le centre de ces plaques est blanchâtre; la muqueuse environnante est tantôt légèrement gonflée, tantôt absolument plate.

Cette forme est fugace, dure cependant pendant plusieurs jours, mais revient fréquemment. Elle cause peu de douleur; aussi n'est-elle pas toujours accusée par les malades, quand elle existe seule et qu'elle s'est développée au fond de la gorge. Il n'en est pas de même si elle occupe la surface des organes génitaux, et M. Ricord en a recueilli un exemple très-remarquable, qu'il a consigné dans son *Iconographie de l'hôpital des Vénériens* (1).

Il s'agit, dans cette observation, d'un malade porteur d'une roséole survenue à la suite d'un chancre infectant, et chez lequel il existait, sur le gland et le prépuce, des demi-cercles rouges, presque réguliers, sans érosion ni ulcération de la muqueuse.

B. *Forme papuleuse*. — Celle-ci est beaucoup plus commune que la précédente. Elle se compose, soit de petites papules acuminées, rouges, exulcérées à leur sommet, accompagnées d'une rougeur assez vive et

(1) Pl. XV.

du gonflement des parties sous-jacentes, soit de papules plus larges, plates, composées de disques irréguliers peu élevés, souvent ovalaires, à surface granulée, et offrant une rougeur un peu plus vive que celle de la muqueuse. Lorsque ces papules existent aux commissures des lèvres, elles se fendillent, se gercent, comme il arrive des papules de la peau qui se forment entre les orteils. A la surface des muqueuses, elles se recouvrent fréquemment d'une couche pseudo-membraneuse adhérente, blanche ou grisâtre, semblable à celle qui se forme quand on touche ces membranes avec du nitrate d'argent. Il arrive souvent que ces disques irréguliers se confondent par une partie de leur circonférence, ce qui donne à la plaque une certaine continuité. Un cercle rouge brun, vif ou cuivré, les environne; la douleur est presque nulle, excepté pendant la mastication ou sous l'influence du frottement.

Lorsque cette pellicule blanchâtre se détache, la muqueuse reste privée de son épithélium, elle présente une plaque d'un rouge plus ou moins vif, paraissant exulcérée, sensible au toucher et bordée d'un liséré un peu plus rouge. Les bords de cette excoriation sont irréguliers.

Peu à peu cette rougeur s'efface, l'épithélium se reproduit et la cicatrisation arrive; ou bien la couche pseudo-membraneuse reparaît, et la maladie s'étend et persiste.

On a comparé la pellicule blanchâtre, qui se forme ainsi à la surface des papules, à la desquamation de

l'épiderme; il y aurait, dans cette hypothèse, réunion de deux formes morbides : la papule humide et la squamme.

C. *Forme squammeuse.* — On observe aussi sur les muqueuses des taches blanchâtres, opalines, souvent disposées en demi-cercles ou en cercles, comme il arrive à la peau pour la lèpre syphilitique. Ces taches ressemblent tout à fait à celles que produit le nitrate d'argent, lorsqu'on le promène légèrement sur une muqueuse : c'est là, en réalité, la forme squammeuse franche.

Lorsque cette pellicule se détache, la muqueuse qu'elle recouvrait se retrouve d'un rouge assez vif, quelquefois cuivré, et parsemée de petites élévations papuleuses qui lui donnent un aspect chagriné. La douleur n'est jamais très-aiguë; c'est surtout de la gêne que cette affection cause du côté des organes malades.

Une fois à nu, la muqueuse tend à revenir à son état normal; elle pâlit d'abord, puis l'épithélium se refait. Mais la rougeur persiste souvent pendant plusieurs jours, pendant plusieurs semaines. Tant qu'elle existe, il faut craindre de voir les taches blanches reparaître, et la maladie recommencer.

On voit, par ce qui précède, que la syphilis, quand elle se développe sur les membranes muqueuses, sans causer l'ulcération, a pour effet la production de rougeurs irrégulières, la desquamation épithéliale, que l'on reconnaît à la production d'une pseudo-membrane blanche, opaline, plus ou moins adhérente aux

tissus sous-jacents, et les éruptions papuleuses qui se rapportent, soit aux papules coniques et miliaires, soit aux papules plates.

D. *Forme ulcéreuse.* — Les ulcères secondaires des membranes muqueuses affectent des formes variées. M. Baumès en admet cinq : l'ulcère superficiel, qui intéresse seulement l'épithélium ; un ulcère plus profond, détruisant la plus grande partie de la muqueuse ; un ulcère chancreux ; un ulcère phagédénique et un ulcère végétant.

La variabilité de ces formes morbides tient évidemment à ce qu'elles n'appartiennent pas à une même éruption ; les unes succèdent à une bulle, d'autres à une vésicule, d'autres encore à un tubercule ou à une tumeur gommeuse. Les diviser ainsi, d'après leur origine, serait la conséquence rigoureuse de leur mode de développement ; mais, dans la pratique, une semblable division ne peut être utile, le début de ces affections étant bien rarement observé. Force nous est donc de suivre la division de M. Baumès, telle que je l'ai indiquée tout à l'heure, division bien plus complète, bien mieux individualisée que celle de Vidal, de Cassis. Nous admettrons ainsi :

1° Les *ulcérations superficielles* des muqueuses ; elles sont assez communes. Leurs bords sont taillés en biseau, et se continuent insensiblement avec le reste de la muqueuse ; une aréole rouge foncé les entoure ; leur surface est, en général, d'une nuance un peu plus foncée que celle des parties voisines ; le fond est d'un blanc grisâtre vers son centre.

M. Ricord a rapporté un bel exemple de cet aphthe syphilitique à la planche XX *bis* de son *Iconographie*.

2° La seconde variété ne diffère de la première que par sa profondeur, la plus grande partie de l'épaisseur de la muqueuse se trouvant détruite.

Les ulcères sont alors plus petits que les précédents; leurs bords sont plus nettement accusés, inégalement découpés, parfois décollés et entourés d'un cercle rouge qui manque quelquefois. Le fond est couvert d'une couche diphthéritique d'un blanc jaunâtre.

3° La troisième variété comprend le véritable *chancre secondaire*. L'ulcère a des bords taillés à pic, comme avec un emporte-pièce, rouges; le fond est grisâtre, franchement diphthéritique. Cet ulcère semble plus particulièrement réservé aux amygdales, qu'il a puissance de détruire complétement par un travail d'extension continue. Il s'étend même parfois aux trompes d'Eustache et cause la surdité.

Lorsqu'il guérit, on observe le même travail pathologique qu'avec le chancre. Le fond s'élève, les bords s'affaissent, l'ulcère se rétrécit; et, lorsque la cicatrisation est complète, il reste une tache rouge, qui pâlit peu à peu et conserve ensuite un aspect lisse et brillant.

Cet ulcère, peu douloureux au début, le devient beaucoup plus dans la suite, et cause alors un mouvement fébrile irrégulier. Les destructions qu'il a puissance d'engendrer rendent son pronostic assez grave.

4° L'*ulcère phagédénique* succède à un tubercule ou à une tumeur gommeuse. Dans le premier cas, il se

forme d'abord une petite élévation rouge, à base dure, dont le sommet ne tarde pas à s'ulcérer; dans le second, une tumeur arrondie, dure, mobile sur les tissus sous-jacents, est le signe initial de la maladie. Cette tumeur grossit et se ramollit tout à la fois, se rompt et se trouve remplacée par une ulcération entourée d'un bourrelet œdémateux.

Dans les deux cas, l'ulcération est profonde, ses bords sont irréguliers, décollés, taillés à pic; son fond est couvert d'une couche pseudo-membraneuse très-épaisse, ou de bourgeons violacés qui l'ont fait confondre avec certains cancers.

La tendance de ces ulcères est d'envahir les régions voisines, en détruisant les parties molles qu'ils rencontrent. Leur marche extensive est telle que souvent les os sont atteints, ce qu'on observe surtout pour les os maxillaires et les os propres du nez.

Ces ulcères sont souvent frappés de gangrène; celle-ci est le plus ordinairement partielle. Les parties mortifiées prennent une teinte grise ou noirâtre caractéristique, et exhalent une odeur à laquelle on ne se méprend pas.

Il est facile de prévoir que des altérations organiques aussi graves doivent être accompagnées de symptômes généraux : faiblesse, fièvre hectique, amaigrissement, teint jaune, etc. Lorsque le travail de réparation commence, le fond des ulcères se nettoie, devient rouge, granulé; leurs bords s'affaissent, puis l'intégrité de la muqueuse se rétablit. Les cicatrices sont toujours fortement déprimées, d'autant plus même que

non-seulement les tissus mous, mais encore les os, sont souvent détruits.

5° M. Baumès admet encore une forme végétante. Celle-ci ne paraît jamais d'emblée. Tantôt c'est un tubercule plat, dont la surface devient rouge, granuleuse, framboisée (1); tantôt c'est un ulcère secondaire qui éprouve la même transformation que le chancre végétant. Dans ces deux circonstances, on retrouve l'action du virus sycosique, agissant de concert avec la syphilis et donnant naissance à des formes morbides analogues à celles qui ont été décrites plus haut (2).

Ces différentes expressions de la syphilis se retrouvent sur toutes les membranes muqueuses avec des caractères identiques; seulement elles causent des symptômes qui sont en rapport avec les fonctions de l'organe affecté.

1° La *gorge* et la *bouche* sont le siége habituel des manifestations de la vérole. On y retrouve toutes les formes que je viens de passer en revue : la rougeur exanthématique simple, les plaques muqueuses, qui se rencontrent sur les piliers du voile du palais, sur les amygdales, dans le fond du pharynx, s'étendent sur la muqueuse palatine et sur celle qui recouvre la base de la langue.

Sur le voile du palais, sur les piliers, sur les amygdales, on observe souvent cette pellicule blanche, opaline, formée par la desquamation de l'épithélium,

(1) Voy. *Iconographie*, pl. XX *bis*, fig. 4.
(2) Voy. p. 364.

aussi les disques qui constituent le tubercule plat. Celui-ci se rencontre souvent à la base de la langue, où il prend parfois la forme végétante (1). La paroi postérieure du pharynx se tapisse aussi de la pseudo-membrane caractéristique sous laquelle existent des granulations papuleuses, acuminées.

La déglutition est toujours alors un peu douloureuse; de plus, le malade accuse une sensation de gêne semblable à celle que causerait un corps étranger.

Les ulcérations profondes, chancreuses, il faudrait presque dire ecthymateuses, occupent ordinairement les amygdales et la luette; celle-ci est alors rouge, gonflée, et détruite dans une partie de son étendue. Les ulcérations plus superficielles existent sur les piliers et sur le voile du palais lui-même, aussi dans le pharynx.

Quant aux ulcères phagédéniques et gangréneux, ils envahissent souvent la luette qu'ils détruisent rapidement, s'étendent au voile du palais, au pharynx, causant alors une gêne extrême de la déglutition, ce qui arrive encore lorsque les amygdales sont atteintes. Lorsqu'ils vont jusqu'aux trompes d'Eustache, ils causent la surdité; quand ils s'étendent vers le palais, ils altèrent les os palatins et peuvent amener une perforation de la voûte palatine elle-même.

Les ulcères destructeurs, les tubercules et les gommes qui les précèdent, débutent parfois à la face postérieure du voile du palais et passent alors inaper-

(1) Voy. *Iconographie*, pl. XX *bis*.

çus jusqu'au moment où ce repli membraneux se trouve perforé. D'où la nécessité d'explorer la gorge avec soin chez les syphilitiques, et de ne pas se fier complétement à l'absence de douleurs pendant la déglutition.

Il est rare que la gorge soit ainsi atteinte sans que la face interne des joues, les gencives, la langue le soient également.

A la face interne des joues on rencontre : la papule humide, la plaque muqueuse et les ulcérations. Celles-ci sont en général superficielles; la face interne des lèvres est très-fréquemment le siége des plaques muqueuses, lesquelles s'étendent jusqu'aux commissures, où elles amènent des gerçures tenaces et profondes.

Quand une tumeur gommeuse se forme sur un de ces points, il est toujours possible de la reconnaître avant qu'elle soit ulcérée, et de s'opposer ainsi à de grands désordres.

Sur la langue on observe aussi toutes les formes appartenant à la syphilis des membranes muqueuses; les plaques et les papules muqueuses occupent presque constamment les bords de l'organe où elles forment des disques légèrement élevés, recouverts d'une pseudo-membrane caractéristique, se réunissant par quelque point de leur circonférence et entourés d'un cercle rouge brun qui suit tous les contours des bords de cette plaque. Le frottement de la langue contre les dents, la mastication, causent de la douleur; mais il est bien rare qu'ils amènent la moindre hémorrhagie.

Les malades sont tourmentés au contraire par une salivation presque continuelle, la parole est embarrassée, l'haleine répand une mauvaise odeur.

Les ulcères ne sont pas rares non plus sur cet organe. Tantôt ils sont superficiels, n'intéressent que la couche la plus extérieure de l'épithélium, tantôt ils se présentent sous la forme d'ulcérations profondes, nettement découpées, dont les bords sont taillés à pic, dont le fond est couvert d'un enduit jaune, caséeux, qui se détache difficilement.

Enfin, on rencontre souvent dans l'épaisseur de la langue de véritables tumeurs gommeuses, qu'il est très-important de connaître.

Dans ce cas, lorsque la muqueuse n'est pas ulcérée, on rencontre une tumeur dure, arrondie, indolente, au niveau de laquelle les tissus n'ont pas changé de couleur. La saillie et la dureté sont les deux symptômes qui attirent tout d'abord l'attention du médecin; ces duretés sont ordinairement multiples, de sorte que la langue semble rembourrée de noisettes.

Plus tard, ces tissus deviennent d'un rouge violacé, et la tumeur se ramollit, elle se rompt enfin, laissant un ulcère fongueux, qui sécrète une sanie ichoreuse infecte. Les parties voisines se boursouflent et s'indurent, le contact des dents et des liquides cause de la douleur; bien souvent on a lieu de croire à un cancer.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître les difficultés qui environnent le diagnostic d'un grand nombre de ces formes morbides.

Quand elles sont réunies, il est relativement facile de reconnaître leur véritable nature, la syphilis seule ayant le pouvoir d'engendrer à la fois des plaques muqueuses, des tubercules et des ulcères.

Il n'en est plus ainsi quand chacune de ces altérations est isolée. Il y a, en effet, bien d'autres causes que le virus syphilitique qui soient capables de produire les plaques érythémateuses. Toutefois, l'érythème syphilitique de la gorge ou de la bouche se reconnaîtra à la nuance des taches, à leur forme irrégulière ou demi-circulaire, au peu de douleur qu'elles occasionnent, à la coexistence d'une syphilide superficielle ou d'une des formes que je viens de décrire, à l'existence antérieure d'accidents primitifs, à l'ordre de développement des symptômes. Les papules muqueuses, les plaques de ce nom, ont un aspect tellement caractéristique qu'il est impossible de les méconnaître.

Il n'en est pas ainsi des ulcères, que l'on peut confondre soit avec le chancre primitif, soit avec les aphthes non syphilitiques, soit avec les ulcères mercuriels.

On a cru pendant longtemps que le siége de la maladie suffirait, à lui seul, à faire distinguer un chancre primitif d'un chancre secondaire; le premier s'observe, disait-on, sur les organes génitaux, le second, dans le fond de la bouche ou de la gorge.

Les progrès de la débauche ont annulé la valeur de ce caractère. Il résulte même des statistiques de MM. Buzenet et Fournier (1), que le chancre primitif se

(1) *Du chancre de la bouche*, thèse par M. Buzenet, p. 14.

trouve quatre fois sur cent dans la bouche ou dans la gorge, proportion énorme en raison de la dépravation qu'elle suppose. On comprend, dès lors, combien il importe de pouvoir établir un diagnostic certain.

Or, dans ces régions, le chancre primitif est toujours induré, le chancre secondaire ne l'est jamais; le premier amène forcément l'induration des ganglions cervicaux, le second retentit rarement sur le système lymphatique, surtout ne l'indure jamais. Le premier est en général unique, se trouvant soit à la pointe de la langue, soit à la face interne des lèvres, soit encore au fond du pharynx; le second est le plus souvent multiple, existe sur plusieurs points à la fois. Enfin, le chancre primitif n'entraîne pas d'autre altération de texture, tandis que les ulcérations secondaires sont le plus souvent accompagnées de plaques érythémateuses, surtout de plaques muqueuses.

Le cas le plus embarrassant serait celui d'un malade atteint de syphilis secondaire de la bouche et qui viendrait, dans cet état, à contracter sur cette même région, un chancre primitif. Celui-ci alors ne serait plus induré, et il se confondrait par tous ses caractères avec l'ulcère consécutif. L'inoculation du pus au malade lui-même pourrait seule lever les doutes. Et encore un résultat négatif ne serait-il pas un motif absolu de négation, l'ulcère de nature indurée n'ayant pas la faculté d'être inoculé indéfiniment au même sujet?

Le pathologiste restera donc alors dans un véritable embarras; mais le médecin homœopathe ne sera pas

arrêté par là dans son traitement. Il lui suffira d'être prévenu sur ce point, et, en choisissant ses médicaments d'après l'ensemble des symptômes présentés par le malade, il lui sera toujours possible d'arriver à une application exacte et à un choix heureux.

Il est généralement assez facile de distinguer une affection aphtheuse d'une syphilis secondaire; non pas qu'il n'y ait une grande analogie de forme entre certains aphthes et certains chancres consécutifs de la langue, des lèvres, des amygdales surtout.

Mais les aphthes sont plus superficiels, leur durée est moins longue, ils se montrent tantôt sur un point, tantôt sur un autre; tandis que l'ulcère vénérien change moins facilement de place, dure plus longtemps sans se cicatriser. De plus, le chancre secondaire s'accompagne toujours d'autres symptômes vénériens, soit à la peau, soit sur les membranes muqueuses, ce qui n'a pas lieu pour les aphthes non syphilitiques.

La stomacace mercurielle serait bien plus difficile à distinguer de la stomacace syphilitique, les formes anatomiques offrant pour ces deux affections une extrême analogie. Aussi, lorsqu'un malade est soumis à un traitement mercuriel pour un accident primitif, et qu'il accuse des symptômes du côté de la bouche, est-on parfois embarrassé pour déterminer si ces nouvelles souffrances tiennent à une extension de la maladie ou s'il convient de les rapporter à l'action du médicament.

Le mercure produit en effet des ulcérations, des

pseudo-membranes blanches, opalines, sous lesquelles la muqueuse est comme granulée, enfin des boursouflures semblables aux tubercules plats. Seulement, les symptômes produits par cet agent se développent d'abord sur les gencives, tandis que les ulcères vénériens existent plus souvent sur les amygdales, dans la gorge ou sur la langue. Les accidents mercuriels s'accompagnent de salivation, ce qui est rare pour la syphilis; l'haleine prend une odeur hydrargyrique spéciale, enfin la maladie mercurielle marche avec une certaine acuïté, ce qui n'arrive pas à la vérole.

Les ulcères vénériens pourraient aussi être confondus avec les ulcérations scorbutiques. A vrai dire, cette difficulté n'existe guère dans nos grandes villes où le scorbut est assez rare. Il est bon de savoir cependant que la teinte violacée, livide, noirâtre des ulcères scorbutiques, leur consistance flasque, leur forme irrégulière, leur aspect fongueux, les hémorrhagies dont ils sont le siége, leur présence presque constante sur les gencives, vers la racine des dents, où les chancres secondaires existent rarement, suffiraient à les faire reconnaître (1).

Les gommes ne peuvent être confondues qu'avec le cancer, et ici le diagnostic est assez difficile pour que de nombreuses erreurs soient chaque jour commises. Il ne faut pas oublier que cette distinction, si nettement établie par les anatomo-pathologistes, l'a été avec le secours du microscope, mais que pendant la

(1) Voy. Baumès, *loc. cit.*, t. II, p. 455.

vie, ce sont là des moyens d'exploration inapplicables.

L'étude des symptômes est le seul moyen auquel nous puissions recourir alors; il faut bien convenir qu'elle nous laisse parfois dans le doute. Celui-ci cesse quand il nous est donné de suivre le malade pendant plusieurs mois; mais s'il faut se prononcer à première vue, il est le plus souvent utile d'être très-réservé.

J'ai dit plus haut comment il était possible de distinguer une tumeur gommeuse d'un squirrhe ou d'un encéphaloïde ulcéré. Dans la bouche, la difficulté existe surtout lorsque la tumeur occupe les lèvres et l'épaisseur de la langue. On peut même dire, sans être taxé d'exagération, que ces gommes méconnues sont les plus beaux exemples de cancer sans récidive qu'on se soit plu à citer.

Les caractères distinctifs sont, pour la gomme, l'absence de douleur lancinante, une mobilité plus complète par rapport aux tissus sous-jacents, une altération plus rapide de la coloration de la peau, une dureté moins considérable et plus œdémateuse des parties voisines, l'intégrité des ganglions lymphatiques; enfin, la connaissance des antécédents depuis le moment de l'infection jusqu'à l'apparition de la tumeur, et la coexistence d'autres affections syphilitiques.

2° Les autres parties du *tube digestif*, l'œsophage, l'estomac, la muqueuse intestinale ont offert parfois des ulcérations ou des cicatrices que les observateurs ont cru devoir rapporter à la vérole. On comprend du reste que le diagnostic de pareilles lésions ne soit jamais très-assuré jusqu'au moment où l'autopsie vient

les révéler. La dysphagie, des symptômes dyspeptiques, accompagnés ou non de vomissements, des symptômes dysentériques, sont les seules expressions symptomatologiques de ces lésions; mais ces troubles fonctionnels ne peuvent faire distinguer ces dysphagies, ces dyspepsies, ces dysentéries, de ces mêmes formes morbides relevant de causes non syphilitiques.

Le seul moyen de présumer la véritable espèce de ces affections est de se laisser guider par les signes que j'ai indiqués à propos de la syphilis larvée : en un mot, c'est en tenant compte de tous les autres symptômes présentés par le malade, en remontant dans les antécédents, qu'on pourra fixer son opinion sur ce point.

Du reste, si la réunion de tous ces caractères est insuffisante, elle pourra toujours servir à fixer le choix du médicament; elle sera donc complète pour la thérapeutique, alors même qu'elle ne le serait pas pour la pathologie.

Le diagnostic est plus facile lorsque la maladie occupe la partie inférieure du rectum. On observe sur cette portion de l'intestin des indurations consécutives au chancre primitif, des papules muqueuses et des ulcères.

Les indurations causent le rétrécissement de cette portion de l'intestin, elles n'amènent aucune douleur au toucher ni pendant la défécation; elles succèdent à un chancre et s'accompagnent d'une coloration cuivrée de la muqueuse, coloration que le *speculum ani* peut permettre de constater.

Les plaques muqueuses envahissent davantage vers

la peau de la face interne des fesses que vers la muqueuse rectale. Elles forment des saillies arrondies, constituant par leur réunion des plaques irrégulières, assez larges, à surface granulée, peu sensibles et donnant naissance à un suintement séro-purulent de mauvaise odeur.

Les ulcères sont en général allongés, à bords durs, rouges, à fond pultacé. Ils diffèrent des fissures, dont ils n'ont pas l'aspect nacré, par le peu de douleur qu'ils amènent. L'anus est alors le siége d'un écoulement purulent que les fissures ne causent jamais. Ces ulcérations allongées ont reçu le nom de *Rhagades*.

On rencontre souvent aussi dans le rectum des végétations que quelques auteurs décrivent parmi les symptômes de la syphilis, bien qu'elles appartiennent réellement à la sycose; il en sera question plus loin.

3° La *muqueuse palpébrale et oculaire* ne paraît pas être directement influencée par la syphilis secondaire. Les exemples d'ulcérations consécutives des paupières sont rares; quant aux plaques muqueuses, elles n'ont jamais été signalées. L'ulcération spécifique se reconnaîtrait en pareil cas à ses caractères ordinaires; elle se distinguerait du chancre primitif par l'absence de l'induration et par l'état d'intégrité des ganglions lymphatiques voisins. La fistule lacrymale est le seul symptôme réellement syphilitique que l'on observe sur cette région.

4° La semi-muqueuse qui tapisse le *conduit auditif externe* pourrait être également le siége de la localisation de la syphilis. La seule forme précise qu'on y ait

signalée est la végétation, mais elle n'appartient pas à la vérole. Les plaques muqueuses ne paraissent pas s'y rencontrer, les ulcérations secondaires sont mal accusées. En un mot, il ne semble pas que la muqueuse qui tapisse l'oreille externe soit souvent envahie par la diathèse.

5° Il en est différemment de l'*oreille interne*. Bien souvent on voit les altérations de la gorge s'étendre aux trompes d'Eustache, puis au rocher, amener des destructions profondes qu'on ne peut complétement apprécier pendant la vie, mais qui ont souvent pour résultat la destruction des osselets, la rupture du tympan et la surdité. C'est alors que le conduit auditif devient le siége d'un écoulement purulent ou muco-purulent infect, et qui gêne beaucoup les malades.

Il faut dire toutefois que l'oreille ne paraît pas être atteinte primitivement, mais bien par extension de la maladie : de là vient qu'il existe toujours en même temps des symptômes caractéristiques sur d'autres régions, surtout dans la gorge et dans les fosses nasales. La coexistence de ces affections est le véritable signe diagnostique capable de faire distinguer la cophose syphilitique de la cophose scrofuleuse.

6° La *membrane pituitaire* est très-souvent atteinte par la vérole; il arrive même fréquemment qu'entre deux poussées d'accidents consécutifs, le malade éprouve, pour toute souffrance, un enchifrènement dont il méconnaît la cause et la valeur. Cette légère incommodité est pourtant la preuve de l'existence du virus, c'est donc un signe important.

On a groupé sous deux chefs (le coryza et l'ozène) toutes les affections syphilitiques du nez.

Le *coryza* est l'effet de la présence d'une rougeur érythémateuse, de plaques muqueuses ou d'ulcères superficiels; l'*ozène* est le résultat de l'existence d'ulcères profonds, destructeurs, qui envahissent les os après avoir détruit les parties molles. Il peut arriver également que la maladie débute par les os et que l'altération de la muqueuse soit seulement consécutive.

Au début du coryza, le malade accuse un enchifrènement continuel; il mouche des matières épaisses, jaunâtres, muco-purulentes. L'odorat se perd d'un côté d'abord, puis de l'autre. En inspectant la muqueuse, on la trouve d'un rouge violacé, ayant une apparence un peu fongueuse; on constate souvent aussi des croûtes noirâtres, minces, sous lesquelles se cachent des ulcères caractéristiques.

Le coryza a une marche chronique; il ne s'accompagne d'aucun des symptômes généraux appartenant au coryza aigu. C'est par sa ténacité qu'il attire l'attention du malade; aussi est-il toujours négligé pendant un certain temps.

La maladie, quand elle revêt cette forme, est parfois stationnaire; lorsqu'elle décroît, l'écoulement nasal diminue, devient plus muqueux et perd de son odeur. En même temps, la pituitaire reprend peu à peu sa teinte normale, les ulcères se cicatrisent.

Il est bien rare que cette affection dégénère en ozène, que les ulcères superficiels de la syphilis secondaire se transforment en ulcérations destructives, comme il

arrive dans les périodes avancées de la maladie.

L'*ozène* est la conséquence de tubercules, surtout du développement de tumeurs gommeuses dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou à la surface des os propres du nez.

L'enchifrènement est encore le premier symptôme accusé par le malade ; si l'on examine alors les fosses nasales, on constate un certain degré de gonflement, pourvu que le siége de la tumeur ne soit pas trop élevé.

En général, l'ulcération ne tarde pas à se produire ; il s'écoule alors par les narines une sanie infecte, roussâtre, mêlée de sang et de pus. A l'inspection, on découvre des ulcères profonds, qui se forment en dedans des ailes du nez, au niveau des cornets, ou même plus haut vers l'ethmoïde. Ces os se nécrosent, le malade mouche des esquilles, la charpente du nez se ramollit et s'affaisse, et on peut y percevoir une véritable crépitation. Le plus souvent la peau reste intacte ; la voix se trouve altérée, nasonnée, les liquides passent aisément dans les fosses nasales pendant la déglutition.

Lorsque le traitement est bien dirigé, les ulcérations s'arrêtent dans leur marche envahissante ; la sécrétion devient plus franchement purulente, moins infecte, moins abondante. Les os étant éliminés, la cicatrisation finit par s'accomplir entièrement. Mais le malade reste défiguré, et la parole reste toujours altérée.

Ainsi que l'enseigne M. Virchow, il arrive, après l'élimination des parties nécrosées, que les os s'épaississent, s'éburnent. De plus, ils conservent un cer-

tain degré d'écartement, d'où l'existence d'une gouttière profonde, formant un sillon sur le dos du nez. Dans certains cas graves, cette tendance à l'épaississement et à l'éburnation des os s'étendrait jusqu'à la base du crâne (1).

Selon M. Baumès, on observerait une autre forme d'ozène, dans laquelle les ulcères seraient profonds, mais peu étendus, donnant lieu à un écoulement peu abondant, mais d'une odeur infecte et tenace : ce serait une ozène sans carie des os. Il conviendrait, selon toute apparence, de le rapporter au développement d'un tubercule, tandis que l'espèce précédente serait l'effet de la désorganisation d'une gomme.

7° Le *larynx* et la *trachée* sont souvent atteints par le virus syphilitique. Leurs altérations anatomiques sont encore celles que nous avons retrouvées sur toutes les autres muqueuses ; les symptômes seuls diffèrent. Ils varient depuis le simple enrouement jusqu'aux signes les plus manifestes de la phthisie laryngée.

Les altérations anatomiques se composent toujours d'érythème, de plaques muqueuses, d'ulcères. Seulement les affections syphilitiques superficielles n'entraînant pas la mort et le larynx n'étant pas susceptible d'une exploration directe, il est très-difficile de constater la présence de la simple congestion, de l'exfoliation épithéliale, et celle de certaines ulcérations.

Les ulcérations profondes et les cicatrices sont les lésions qu'on a le mieux constatées. M. Ricord, par

(1) Virchow, *loc. cit.*, p. 64.

exemple, a reproduit le dessin d'ulcères destructeurs, occupant le larynx et ayant nécrosé une partie des cartilages de la trachée (1).

Dans ce cas, la maladie atteint la face interne de l'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques, les cordes vocales, enfin la partie inférieure du larynx et de la trachée. Les ulcères offrent les caractères habituels, et laissent des cicatrices parfaitement reconnaissables. Selon M. Virchow, ces cicatrices se distinguent à « une certaine improductivité dans le travail de cica-« trisation, formant un contraste frappant avec la pro-« lifération abondante autour de l'ulcération. La masse « cicatricielle est extrêmement épaisse, dure, calleuse; « elle se rétracte fortement, et cause souvent le rétré-« cissement du larynx. Sur les bords, on voit s'élever « des proliférations papillaires; elles sont serrées et « soulevées par une masse cicatricielle; elles ont l'as-« pect de trabécules ou de tampons lisses, blanchâtres, « épais, et sont constituées par un tissu conjonctif « épais, sclérotisé, d'aspect cartilagineux (2). »

Mais, si les caractères que l'autopsie révèle sont assez tranchés pour lever tous les doutes, il n'en est pas ainsi des symptômes auxquels ces lésions donnent naissance. L'altération de la voix, la toux, l'oppression, une douleur siégeant à l'extrémité supérieure des voies aériennes, sont les seuls troubles fonctionnels qu'on observe. C'est surtout par la présence d'autres manifestations de la syphilis vers la gorge, la bouche,

(1) *Iconographie*, pl. XXX.
(2) *Loc. cit.*, p. 150.

le rectum ou les organes génitaux, qu'il est possible d'établir le diagnostic. Or, celui-ci doit porter, pour être complet, non-seulement sur la nature du mal, mais aussi sur le degré auquel il est parvenu.

L'examen attentif des symptômes permettra de fixer l'opinion du médecin sous ce rapport. Un simple enrouement indiquera une lésion superficielle ; l'enrouement porté à un plus haut degré, accompagné d'une toux le plus souvent sèche, fatigante, sibilante, revenant particulièrement la nuit, suivie d'une expectoration glaireuse, une douleur de cuisson assez vive se faisant sentir pendant une inspiration profonde ou quand la gorge est sèche, indiquent des ulcérations assez étendues.

Lorsque ces dernières ont atteint les cartilages, qu'elles en ont détruit une portion, les crachats sont mêlés de stries purulentes, rarement de sang ; la douleur et la toux augmentent, des symptômes fébriles apparaissent.

Enfin, après que la cicatrisation est terminée, l'oppression, causée à la fois par le rétrécissement permanent et par le spasme qui vient s'y joindre, est à peu près le seul signe auquel on puisse se fier.

Il faut bien savoir que ce rétrécissement peut amener la mort. M. Virchow cite l'observation d'une femme de 42 ans, entrée à l'hôpital Julius, de Wurtzbourg, pour un rétrécissement syphilitique du larynx, et qui mourut assez rapidement avec les signes d'un spasme laryngé (1). On trouve dans l'*An-*

(1) *Loc. cit.*, p. 151.

nuaire de la syphilis (1) deux observations du même genre.

L'une, rapportée par M. Moissenet, avait pour sujet une femme qui présentait, pour tous symptômes, une angine légère, une adénite cervicale à droite et une névralgie intercostale, perte de l'odorat, pas d'altération de la voix, mais une inspiration prolongée, sifflante, causant un bruit dont l'intensité augmentait la nuit et sous l'influence d'une émotion. La toux était sèche et rare.

L'état venant à s'aggraver, la malade eut de véritables accès de suffocation la nuit. L'inspiration était sifflante et prolongée, l'expiration difficile, mais la voix n'était pas éteinte. La trachéotomie fut pratiquée, et la malade mourut.

A l'autopsie, on trouva un renflement trachéal au-dessous de la fourchette du sternum et un rétrécissement de la partie inférieure de la trachée; au-dessous du rétrécissement, trois plaques arrondies, mamelonnées, de couleur jaune, à centre déprimé, et présentant au fond le cartilage à nu, excepté sur la ligne médiane qui était dépourvue de cartilage. Au niveau du rétrécissement, la surface interne de la trachée avait un aspect gaufré par le fait du tissu cicatriciel. Entre les plaques et le rétrécissement, quatre cartilages avaient disparu et étaient remplacés par des parties molles ; d'autres étaient altérés ou détruits.

Le second fait fut observé par M. Demarquay chez

(1) Par MM. Diday et Rollet, p. 324 et passim. Année 1858.

un homme robuste. Ici encore, la difficulté de l'inspiration, le bruit qui l'accompagnait, la suffocation, l'asphyxie, furent les seuls symptômes apparents. La trachéotomie fut également pratiquée, mais sans succès.

A l'autopsie : rétrécissement de la partie inférieure de la trachée par rétraction du tissu cicatriciel, rétrécissement tel que l'introduction de la sonde de moyen calibre était à peine possible. De plus, engorgement et induration des ganglions lymphatiques voisins, épaississement, condensation du tissu cellulaire environnant, adhérence de ce tissu avec la trachée, d'où immobilité presque complète de cette dernière.

Ces deux faits confirment de tous points les remarques anatomiques de M. Virchow. Elles montrent en même temps que les symptômes concomitants et les antécédents sont seuls capables de faire reconnaître la véritable nature de ces lésions, qu'il serait facile de confondre avec l'angine laryngée œdémateuse, et même avec certains cas de diphthérite.

Mais la marche lente de la phthisie laryngée syphilitique, la présence d'autres formes morbides appartenant à la vérole, les antécédents, établissent d'une manière suffisante la différence qui sépare ces diverses affections.

Il est un point que l'anatomie pathologique met aussi hors de doute, c'est la distance qui existe entre la phthisie laryngée ordinaire et celle qui appartient à la vérole. La première a pour signe pathognomonique la présence de tubercules; la seconde, des ul-

cérations ou cicatrices, jamais de tubercules. Aussi le véritable moyen de distinguer ces deux espèces de phthisie consiste-t-il à ausculter les poumons. Si la laryngite est tuberculeuse, on trouvera dans le parenchyme pulmonaire des signes évidents de tuberculisation; si elle est syphilitique, on constatera l'intégrité de cette portion des organes respiratoires.

Le pronostic de la phthisie laryngée syphilitique est toujours grave; il l'est d'autant plus que les altérations organiques sont plus destructives. Le danger tient, en effet, à l'état d'affaiblissement général qui coexiste presque toujours avec cette affection, et à la difficulté qui résulte, pour l'hématose, de l'état des voies aériennes supérieures.

On a vu, par les trois observations dont j'ai rapporté l'analyse, que ce danger persiste après la guérison, la nature du tissu cicatriciel conduisant au rétrécissement extrême du larynx et, par suite, à l'asphyxie et à la mort.

D'après les recherches de M. Virchow, les *bronches* elles-mêmes n'échapperaient pas à l'action du virus syphilitique. Cet auteur cite, à ce sujet, une première autopsie qui lui fit reconnaître, en outre des lésions spécifiques du larynx, du foie et des ovaires, un engorgement avec tuméfaction et adhérence des ganglions bronchiques et des altérations caractéristiques des bronches elles-mêmes.

« La bronche droite, est-il dit, est notablement « rétrécie à l'endroit de la bifurcation et au-dessus; à « la coupe, sa forme est triangulaire; son diamètre est

« de un quart de pouce, tandis que celui de la bronche « gauche a un demi-pouce. Cette dernière présente, « tout près de la bifurcation, un rétrécissement plus « considérable, mais n'ayant qu'un huitième de pouce « d'étendue; la bronche adhère sur ce point avec l'œ- « sophage, normal du reste, au moyen d'un tissu épais « et tendineux. »

A sa face interne, la bronche droite « est épaissie et « rétrécie jusqu'à ses rameaux suivants, qui y parti- « cipent dans une petite étendue; au-dessous, la mu- « queuse est rouge et les bronches dilatées. Dans le « lobe inférieur du poumon, qui est normal du reste, « se trouvent quelques ectasies bronchiques plus con- « sidérables. En ces points, les bronches sont remplies « d'un mucus abondant; le tissu qui les entoure est « épaissi, et cette altération se continue jusqu'à la « plèvre (1). »

Dans une autre observation, dont le même auteur rapporte seulement l'analyse (2), il rencontra : « plu- « sieurs cicatrices dures, radiées dans les bronches « profondes; le tissu pulmonaire environnant présen- « tait une induration centrale, étendue, comme ar- « doisée. »

M. Virchow conclut de ces faits « qu'on doit admet- « tre des ulcérations syphilitiques et des rétrécisse- « ments cicatriciels dans les bronches, de même qu'on « les observe dans la syphilis du larynx; et de même « que les ulcérations laryngées se continuent avec le

(1) *Loc. cit.*, p. 152.
(2) *Ibid.*, p. 154.

« tissu cellulaire du cou par des indurations étendues « et calleuses, je pense, ajoute-t-il, que la bronchite « syphilitique peut se transformer en pneumonie chro- « nique..... J'ai vu souvent, dans la syphilis constitu- « tionnelle, des cicatrices limitées, stellaires, de la « plèvre, et des pleurésies déformantes, suite de ces « altérations (1). »

Malheureusement, si l'existence de ces affections est anatomiquement établie, leurs signes fonctionnels sont loin d'être connus. Leur diagnostic devient de plus en plus problématique à mesure que ces lésions occupent des régions moins accessibles à l'exploration directe.

8° La membrane muqueuse qui tapisse les *organes génitaux de l'homme et ceux de la femme*, est souvent le siége des localisations syphilitiques. On y rencontre d'abord la forme exanthématique qui se caractérise par des taches d'un rouge foncé, ou par des demi-cercles ayant la même nuance rouge ou cuivrée. Cet exanthème se rencontre sur le prépuce, le gland (2), à la face interne des grandes lèvres et dans le vagin. Elle existe rarement seule et se reconnaît à la coloration des taches et à la coexistence d'autres symptômes syphilitiques, de papules muqueuses, en particulier.

Celles-ci sont assez fréquentes chez la femme surtout. Elles prennent naissance soit sur un tissu sain, soit sur la cicatrice d'un chancre, soit encore à la surface d'un ulcère primitif.

Quand le tissu est sain, la papule débute par une

(1) *Loc. cit.*, p. 154.
(2) *Iconographie*, pl. XV.

tache rouge, sur laquelle l'épithélium se trouve soulevé par une petite quantité de sérosité, qui s'y accumule. Cet épiderme étant rompu, laisse à découvert une surface rouge, saignante et bordée d'un bourrelet blanchâtre. Une sécrétion plastique, opaline, comme pseudo-membraneuse, se forme à la surface de ces exulcérations, s'enlève facilement par le frottement, mais se reforme ensuite.

Parfois la plaque muqueuse reste dans cet état ; d'autres papules se développent à côté, et bientôt une assez large surface se trouve envahie par cette éruption. M. Cruveilhier l'a vue même prendre un tel développement, chez une fille publique, que les mouvements étant devenus impossibles, cette femme dut garder le lit, et finit par succomber au progrès du travail de désorganisation (1).

Quand la papule se développe sur la cicatrice d'un chancre, on voit l'épiderme s'excorier et une couche diphthéritique le remplacer. La maladie suit, après cela, la marche que j'ai indiquée précédemment.

Il arrive enfin que cette éruption se développe à la surface même d'un ulcère primitif. Cette transformation a lieu au moment de la période de réparation. Alors le fond de l'ulcère s'élève, dépasse le niveau des surfaces environnantes, puis se recouvre de la couche pseudo-membraneuse caractéristique.

Deux circonstances accessoires favorisent le développement des papules muqueuses : la chaleur et le

(1) Voy. Cruveilhier, *Anat. path. générale*, t. III, p. 638.

frottement. Aussi les observe-t-on bien plus souvent à l'entrée du vagin et à la vulve que sur le gland et le prépuce. Ces parties, toutefois, sont loin d'en être exemptes et le col utérin lui-même en présente assez fréquemment.

Il n'est pas rare de voir ces papules humides prendre un surcroît de développement et se transformer en végétations. La sycose joue, dans ce cas, un rôle évident.

Les ulcérations secondaires des organes génitaux sont aussi fréquentes au moins que la papule humide. Tantôt elles se présentent sous la forme d'exulcérations aphtheuses ou de gerçures occupant le gland, le prépuce, les grandes lèvres ou les nymphes; parfois aussi, elles affectent la forme chancreuse et deviennent très-difficiles à distinguer de l'ulcère primitif. Chez la femme, il survient parfois de véritables pustules ecthymateuses auxquelles succèdent des ulcérations bien caractérisées. La seule différence sur laquelle le diagnostic puisse s'établir, se tire de la marche propre à cette éruption. L'ulcère, une fois formé, n'offre pas, en effet, la ténacité du chancre ; il se cicatrise alors même qu'on ne le traite pas, mais il est bientôt remplacé par une pustule nouvelle qui naît sur quelque point voisin, et donne lieu à une ulcération en tout semblable à la première.

Les tubercules, les gommes et les ulcères destructeurs qui leur succèdent, ne sont pas aussi fréquents aux organes génitaux qu'à la gorge et dans la bouche. Il ne faudrait pas croire cependant qu'on ne les y observe

jamais; plus d'une fois des fistules urétro-vaginales ou recto-vaginales n'ont pas eu d'autre origine.

Lorsque les altérations de tissu que je viens de décrire existent à la surface des organes de la génération, leur diagnostic se fait à l'aide des caractères que j'ai indiqués plus haut, en parlant de ces mêmes affections développées dans la bouche ou au fond de la gorge. L'exploration directe pouvant avoir lieu, suffit à lever tous les doutes.

Il n'en est point ainsi quand les profondeurs du canal de l'urètre en sont le siége. Le seul signe qu'on possède alors est l'écoulement qui se produit et la douleur qui accompagne la miction. Il arrive souvent que celle-ci est tellement insignifiante qu'elle n'est même pas indiquée.

Chez un malade auquel j'ai donné des soins l'année dernière, concurremment avec mon ami, le docteur Boyer, nous avons vu survenir tout à coup un écoulement urétral très-abondant, verdâtre, ne causant presque aucune douleur. Ce malade était impuissant, circonstance qui permettait de croire à sa sincérité lorsqu'il affirmait ne s'être pas exposé à la contagion blennorrhagique. La maladie pour laquelle nous le traitions était une stomacace syphilitique. La face interne des lèvres, les bords de la langue, la gorge étaient le siége de plaques muqueuses très-étendues et de gerçures en forme de rhagades. Aux deux coins de la bouche existaient des papules humides bien caractérisées et fissurées.

Que s'était-il fait à la surface du canal de l'urètre? Des ulcérations? cela n'est pas probable vu le peu

de douleur qui accompagnait la miction ; de l'érythème et des plaques muqueuses? ceci serait plus admissible, d'abord parce que la maladie ayant revêtu cette forme dans la bouche, rien ne s'opposait à ce qu'elle la prît encore sur d'autres muqueuses ; ensuite parce que ces altérations sont les seules qui puissent donner naissance à une sécrétion abondante sans destruction ultérieure des organes. Or, celle-ci n'ayant pas eu lieu, l'écoulement ayant disparu, au contraire, en quinze jours sous l'influence du *mercurius solubilis*, de l'*acidum nitri* et du *sulphur*, il était impossible d'admettre l'existence d'un tubercule ou d'une tumeur gommeuse.

Une dernière circonstance viendrait à l'appui de l'appréciation que je soutiens. Pendant que dura l'écoulement, les symptômes de la bouche, qui avaient été jusque-là assez rebelles, s'amoindrirent d'une façon notable ; mais ils reprirent leur première intensité lorsque l'écoulement urétral eut disparu.

Tous les auteurs signalent encore une leucorrhée syphilitique. Celle-ci serait de tous points l'analogue de l'écoulement dont je parlais tout à l'heure. Seulement l'exploration à l'aide du speculum permettra toujours de reconnaître les altérations anatomiques, auxquelles elle se rattache. Cet examen est d'autant plus nécessaire que le col utérin est bien souvent le siége des symptômes de la syphilis secondaire, et qu'on ne trouve pas sur les parties externes de la génération la raison positive de cette leucorrhée, non plus que ses caractères distinctifs.

Je dois ajouter que le col de la vessie et la surface interne de cette poche ont aussi présenté des ulcérations secondaires caractéristiques. Tout le monde se rappelle l'observation citée à ce sujet par M. Ricord, observation qui permit de renverser l'analogie établie par Hunter entre la gonorrhée et le chancre. Personne n'a oublié les discussions auxquelles ce fait a donné lieu (1). L'existence de ces ulcérations étant admise, il resterait toujours à les reconnaître pendant la vie. C'est toujours aux souffrances accessoires, aux antécédents, etc., qu'il convient de s'adresser pour découvrir la véritable nature des dysuries syphilitiques.

Traitement. — Ainsi qu'on l'a pu voir par les descriptions précédentes, les diverses formes élémentaires des affections syphilitiques des membranes muqueuses sont le plus souvent réunies. On rencontre en général sur le même sujet des exanthèmes, des plaques muqueuses et des ulcères ; ici une rougeur circonscrite ou par taches, là une membrane opaline avec ou sans papule plate, plus loin une gerçure ou un chancre secondaire bien caractérisé. Aussi est-ce toujours par la réunion de ces différents groupes de symptômes que le médicament se trouve indiqué.

L'expérience pure a montré qu'il était toujours possible de remplir, sous ce rapport, le précepte hahnemannien, les substances dont j'aurai à parler ayant pour la plupart le pouvoir de faire naître chez l'homme en santé plusieurs de ces formes élémentaires. Seule-

(1) *Bulletin de l'Académie*, 15 fév. 1842.

ment tous ces médicaments n'ont pas une égale importance, et la détermination de celui qu'il convient d'adopter est parfois assez difficile.

Le MERCURE est sans contredit celui auquel on pense tout d'abord, quand il s'agit des membranes muqueuses. Son action sur ce tissu est, en effet, bien plus énergique et bien plus variée que sur la peau. C'est surtout sur la muqueuse buccale qu'il déploie ses premiers effets amenant la salivation, la rougeur, le gonflement des gencives et de l'intérieur de la bouche, la production d'une fausse membrane blanchâtre, due, elle aussi, à la desquamation épithéliale, le gonflement, la rougeur, et le ramollissement de la langue, puis la formation d'ulcères sur les gencives, la langue et au fond de la gorge. Ces ulcères sont superficiels, rarement très-profonds, mais ils peuvent s'étendre à la manière des ulcérations phagédéniques, et, quand il s'agit du mercure vif, elles sont souvent gangréneuses et rapidement destructives.

Les autres muqueuses n'échappent pas à l'action des mercuriaux : la conjonctive oculaire et celle qui tapisse les paupières, la pituitaire, celle qui recouvre les organes de la génération et qui double les voies aériennes supérieures, les ressentent aussi. L'expérimentation pure justifie donc de tous points l'importance de ces médicaments.

Il nous reste à déterminer alors quelle est celle de ces préparations à laquelle il faut recourir dans un cas donné, et dire quelles substances doivent la remplacer quand elle échoue. C'est ici surtout que la division des

symptômes syphilitiques en raison de leur forme élémentaire d'abord, ensuite en raison de leur siége et des souffrances qui les accompagnent, retrouve toute sa valeur.

A. — On peut recommander pour la FORME EXANTHÉMATIQUE, 1° le MERCURIUS SOLUBILIS; 2° AURUM METALLICUM; 3° AURUM MURIATICUM; 4° LACHESIS; 5° STAPHYSAGRIA; 6° THUJA; 7° *sulphur*, qui n'est jamais qu'un intercurrent utile.

Lorsque l'ÉRYTHÈME est PAPULEUX, le mercure est encore utile, il cède pourtant le pas au CINABARIS, au LACHESIS, à STAPHYSAGRIA; *sulphur* est encore ici d'une grande valeur; *hepar sulphuris* le remplace souvent avec avantage.

Le MERCURIUS SOLUBILIS est à coup sûr le médicament qui répond le mieux à l'exanthème syphilitique des membranes muqueuses; c'est toujours par lui qu'il faut commencer. Il est indiqué lorsque la maladie occupe les parties supérieures du corps, la gorge, la bouche, la pituitaire, et même aussi quand elle se présente à l'anus et sur les organes de la génération. L'action physiologique de ce médicament se portant sur ces diverses régions, il faut le considérer comme l'agent le plus général auquel on doive recourir.

On le donne à une dilution moyenne, allant de la 12e à la 30e, à la dose de 5 à 6 globules à une goutte, dans 120 grammes d'eau distillée, et par cuillerées que l'on répète de trois à six fois chaque jour, suivant la susceptibilité du malade.

Lorsque l'amélioration se produit, il faut insister

sur le mercure, mais en changeant sa dilution, et continuer de la sorte aussi longtemps qu'on n'observe pas de symptôme médicamenteux artificiel.

Si l'amélioration est lente à se produire, il faut supposer ou qu'il a été fait antérieurement usage des mercuriaux à haute dose, ou qu'il existe quelque complication de psore ou scrofule. Dans ces trois hypothèses le *sulphur* doit remplacer le mercure soluble, mais seulement momentanément. S'il y avait effet de médicament, *sulphur* agissant comme antidote des mercuriaux, détruirait l'action exubérante de ces derniers, et l'amélioration ne tarderait pas à se produire. Toutefois, si la guérison n'était pas complète alors, que la rougeur eût diminué, sans disparaître, que la douleur eût cessé en partie, mais non entièrement, *lachesis* remplacerait très-bien le soufre, il avancerait encore l'amélioration, et le mercure soluble administré de nouveau après lui, compléterait l'œuvre de la guérison.

Le *sulphur* doit être donné comme je l'ai dit tout à l'heure, à propos du mercure; il ne faut pas le continuer plus d'un septénaire de suite. Il est également nécessaire de laisser un intervalle de repos de 8 à 15 jours entre l'administration de ce médicament et celle du *lachesis*.

Ce dernier serait donné comme le mercure; on peut y insister plus longtemps que pour le soufre.

Ces deux médicaments seraient encore les plus convenables, si l'existence de la psore ou de la scrofule était la complication qu'il conviendrait d'éloigner.

Le MERCURE SOLUBLE, le LACHESIS, le SULPHUR, suf-

fisent le plus souvent à la guérison de cette forme morbide, quand elle existe seule; au moins l'améliorent-ils toujours. Si elle résistait, il faudrait employer un des autres médicaments que j'ai nommés, et cela dans les conditions suivantes :

Aurum metallicum lorsque la maladie occupe la muqueuse palatine et la pituitaire et qu'il existe quelque douleur du côté des os.

Aurum muriaticum quand la langue, la gorge et le pharynx sont envahis, et que la rougeur est accompagnée d'une sécheresse marquée des muqueuses. Le mercure convient, au contraire, quand il y a salivation.

Staphysagria s'adresse à ce que l'on pourrait appeler une forme mixte, c'est-à-dire lorsque la muqueuse est non-seulement rouge, mais encore exulcérée.

Thuja serait préférable si la rougeur affectait la forme de taches circonscrites. On pourrait encore recommander *phosphorus* et *phosphori acidum* pour le cas où l'éruption occupe le fond de la gorge, et s'accompagne de vives douleurs pendant la déglutition.

Le *phosphori acidum* serait préférable si l'exanthème occupait surtout le voile du palais et que celui-ci fût exulcéré.

Chacun de ces médicaments serait administré comme il a été dit à propos du mercure.

Lorsque la rougeur des muqueuses est parsemée de petites papules rouges et acuminées, mercurius solu-

BILIS suivi de SULPHUR suffit encore à la guérison, surtout lorsque la maladie est récente.

Si elle dure depuis longtemps déjà, CINNABARIS doit être préféré. Après lui, HEPAR SULPHURIS serait fort utile, et LACHESIS compléterait très-bien l'action de ces deux premiers médicaments.

STAPHYSAGRIA devrait être choisie dans le cas où la rougeur se présenterait sous la forme de plaques allongées, parallèlement disposées sur des organes symétriques.

J'ai dit déjà que *petroleum* pourrait être utile si l'éruption occupait la semi-muqueuse du gland et du prépuce (p. 408).

B. — Les PLAQUES MUQUEUSES se présentent sous deux formes, dont il serait possible de faire deux degrés différents. Dans la première, la muqueuse, plus rouge qu'à l'état normal, est recouverte d'une membrane opaline, adhérente, mais sans épaisseur; MERCURIUS SOLUBILIS est l'agent le plus utile en pareil cas. Il faut le donner à la 18e ou à la 24e dilution, et par gouttes, si l'impressionnabilité du sujet ne s'y oppose pas. On doit répéter souvent son administration, en allant même jusqu'à le donner comme on le fait dans les maladies aiguës, c'est-à-dire dans une potion de 125 grammes d'eau alcoolisée, dont on fait prendre une cuillerée de trois en trois heures.

Il est bien entendu que ce mode d'administration convient seulement lorsque la maladie est superficielle, et qu'on ne doit pas le continuer plus de trois à quatre

jours. Le fait suivant viendra à l'appui de cette recommandation.

IIIe Observation. — M***, 50 ans, sanguin, avait contracté un chancre au mois de février 1859. Il n'en avait jamais eu auparavant. Ce chancre fut cautérisé en même temps que le mercure était administré à l'intérieur. La cicatrisation fut complète au bout d'un mois. Trois mois après, mal de gorge dont le malade ne peut caractériser l'espèce, mais pour lequel il croit avoir pris du mercure. La guérison fut encore assez rapide.

Au mois d'octobre, ce monsieur sentit ses forces diminuer, son appétit se perdre, son sommeil était troublé par des douleurs dans les membres et par des sueurs assez abondantes; enfin, étant sorti par un temps de brouillard, pendant les premiers jours de novembre, il ressentit de la douleur à la gorge et crut à un simple refroidissement.

Je fus appelé le 13 de ce même mois. Je trouvai le malade sans fièvre, mais abattu, inquiet, ayant le visage terreux. Il y avait dans la gorge un sentiment de gêne continuel, qui augmentait encore pendant la déglutition.

Les amygdales étaient d'un rouge plus foncé que les parties voisines et recouvertes d'une couche blanche, opaline très-caractéristique. Cette fausse membrane existait également au fond du pharynx. Pas d'engorgement ganglionnaire, mais, sur la poitrine et l'abdomen, une magnifique roséole, qui était restée jusque-là inaperçue. Rien aux organes génitaux.

Prescription. — Mercurius solubilis, 18e, goutte j; dans 125 grammes d'eau alcoolisée; prendre toutes les trois heures une cuillerée à bouche de cette potion. Eau de gruau pour tisane, alimentation ordinaire, mais modérée.

14 novembre. — Mieux; la sensation de gêne à la gorge a diminué; les tissus sont moins rouges, mais la couche pseudo-membraneuse est la même.

Prescription. — Mercurius solubilis, 12e, goutte j; administré comme la veille.

15 novembre. — Beaucoup mieux; le sommeil est plus calme, les sueurs ont diminué, l'appétit est plus franc; moins de gêne dans la gorge, mais un sentiment d'ardeur plus marqué qu'antérieurement. La fausse membrane n'existe plus sur l'amygdale gauche, elle a presque abandonné le fond du pharynx; elle persiste encore à droite.

Prescription. — Mercurius solubilis, 6e, goutte j; *ut suprà.*

16 novembre. — L'amélioration continue; l'amygdale gauche est nettoyée, mais toute la gorge est le siége d'une rougeur vive, foncée, parsemée de papules acuminées. Cette rougeur s'étend sur le voile du palais et sur la partie postérieure de la voûte palatine.

Pas de médicament.

18 novembre. — Même état que la dernière fois; Sulphur trituratum, 30e, 6 globules, dans 125 grammes de véhicule; trois cuillerées par jour.

21 novembre. — Beaucoup moins de rougeur,

mais les papules restent saillantes; la douleur est presque nulle; l'état général est excellent.

Pas de médicament pendant quatre jours.

A cette époque la gorge était parfaitement débarrassée, mais la roséole persistait. Je donnai alors le *lachesis* 30e, 6 globules, dans la quantité de véhicule indiquée plus haut, mais seulement à raison de trois cuillerées chaque jour. Ce médicament fut continué pendant une semaine, puis le malade fut laissé au repos pendant huit jours. L'éruption avait alors beaucoup diminué.

Nitri acidum suivit *lachesis;* je l'administrai de la même manière, et après un nouveau repos de huit jours, je revins au *sulphur* qui fut donné pendant huit jours aussi, d'abord à la 24e dilution, 5 globules, pendant quatre jours, puis à la 18e dilution, 4 globules.

La roséole avait complétement disparu avant la fin de ces dernières potions. La santé générale et les accidents locaux avaient alors entièrement disparu. Je n'en continuai pas moins à traiter le malade pendant trois semaines encore. Il prit, pendant la première semaine, *lachesis,* 30e, 4 globules; rien pendant la seconde, et *sulphur* 30e, 5 globules, pendant la troisième.

Il y a plus de six semaines que le traitement est fini, et rien n'a reparu.

Je n'ai pas la prétention assurément d'avoir détruit la diathèse dans un aussi court espace de temps; aussi n'est-ce pas à ce point de vue que j'ai cité l'observation précédente. Tout ce que je veux en conclure, c'est que

pour arriver à guérir rapidement des plaques muqueuses, il faut donner les médicaments à doses répétées. Sous ce rapport ce fait est concluant, puisqu'il n'a pas fallu plus de dix jours pour faire cesser les symptômes dont la gorge était le siége.

J'ai obtenu un semblable résultat chez un autre malade qui était porteur de plaques muqueuses superficielles de la langue et des amygdales, auxquelles s'était jointe une roséole très-étendue. Dans ce cas encore, le médicament fut donné à des intervalles rapprochés, et avec le même succès.

Il ne faudrait pas croire cependant que cette forme de la vérole cède toujours aussi facilement. On est souvent obligé de recourir à d'autres substances : d'abord à *lachesis*, comme on a pu le voir par le fait précédent; puis à *nitri acidum*, *mezereum*, *phosphorus* et *sepia*.

Lachesis doit être donné après le mercure et le sulphur, surtout si les muqueuses ont une teinte bleuâtre, qu'elles soient sèches, gonflées, et aussi lorsque l'éruption existe par petites taches isolées; enfin dans le cas d'érythème papuleux.

Nitri acidum, si les muqueuses sont rouges, gonflées, et que l'enduit blanchâtre soit assez épais. Ce médicament est le premier qu'il faille prescrire, quand le mercure, ayant été employé allopathiquement, a produit des symptômes artificiels, ou une aggravation de la maladie. Il est toujours indiqué, quand l'érythème s'accompagne d'exulcération.

Mezereum convient surtout lorsque les organes gé-

nitaux sont envahis, et que la muqueuse offre un degré de sécheresse très-prononcé.

Phosphorus, si les parties malades sont rouges, *gonflées*, douloureuses; il s'adresse surtout à l'érythème de la gorge et de la langue.

Sepia est préférable quand l'éruption forme des demi-cercles ou des cercles entiers, qu'elle ne s'accompagne d'aucune sécrétion remarquable.

Lorsque la plaque muqueuse se forme à la surface de papules plates qui lui servent de base, l'amélioration est beaucoup plus lente à se produire. Les médicaments les plus importants alors, sont : cinnabaris, lycopodium et aurum muriaticum.

Cinnabaris convient, quelle que soit la région envahie, surtout lorsqu'il existe un gonflement œdémateux des parties voisines. Il est aux plaques muqueuses profondes ce que le *mercure soluble* est aux plaques muqueuses superficielles.

On doit l'employer à une dilution moyenne; les triturations préparées à l'aide du dynamisateur sont également très-efficaces. La dilution varie de la douzième à la trentième; la trituration de la sixième à la quinzième. Dans le premier cas, on emploie presque toujours une ou deux gouttes mêlées à 125 gr. d'eau alcoolisée; dans le second, on peut donner chaque fois 1 à 2 centigr. de la trituration.

Quel que soit le mode de préparation auquel on s'arrête, il ne faut jamais répéter la dose plus de deux à trois fois en vingt-quatre heures.

Le médicament le plus utile après cinnabaris, est ly-

COPODIUM, lequel convient plus particulièrement aux plaques muqueuses de la gorge et surtout de la langue.

AURUM MURIATICUM a une action plus générale; il s'adresse aux plaques muqueuses de l'anus et des organes génitaux.

Enfin, *nitri acidum, staphysagria* et *thuja* peuvent être employés après les médicaments qui précèdent : le premier, quand les plaques sont profondément exulcérées en forme de rhagades; *staphysagria,* quand elles sont le siége d'un suintement abondant et âcre; *thuja,* quand les papules sont volumineuses et qu'elles se rapprochent, par leur forme, du condylome.

B. Les ULCÈRES réclament des médicaments assez variés.

1° Les *ulcères superficiels* sont heureusement modifiés par MERCURIUS SOLUBILIS, MERCURIUS CORROSIVUS, et aussi par AURUM METALLICUM, LACHESIS, *phosphori acidum, nitri acidum, thuja.*

2° Les *aphthes,* par MERCURIUS SOLUBILIS, AURUM, IODIUM, NITRI ACIDUM, PHOSPHORUS, PHOSPHORI ACIDUM; et *mercurius præcipit. ruber* pour les formes les plus invétérées.

3° L'ulcère véritablement *chancreux* cède au MERCURIUS CORROSIVUS, mieux encore qu'au *mercurius solubilis;* IODIUM, LACHESIS, LYCOPODIUM, STAPHYSAGRIA et SULPHUR sont aussi très-utiles.

4° Pour les *ulcères phagédéniques,* MERCURIUS CORROSIVUS, MERCURIUS PRÆCIPIT. RUBER, MERCURIUS BI-IODATUS sont, parmi les mercuriaux, les substances les

mieux indiquées; AURUM et KALI HYDRIODICUM sont aussi très-utiles.

5° Enfin, si ces ulcérations menacent de se gangréner, MERCURIUS VIVUS, CALOMELAS, LACHESIS, ARSENICUM, sont préférables.

6° Quand l'ulcère devient végétant, il faut recourir à CINNABARIS, NITRI ACIDUM et THUJA.

7° HEPAR SULPHURIS, IODIUM, NITRI ACIDUM, conviennent, lorsque la maladie s'est aggravée sous l'influence d'un traitement mercuriel antérieur.

J'essayerai de préciser davantage les indications propres à chacun de ces médicaments.

1° *Ulcères superficiels.* — MERCURIUS SOLUBILIS convient quand ils sont peu étendus et nettement circonscrits, entourés d'un cercle inflammatoire, le pus sécrété étant peu abondant.

MERCURIUS CORROSIVUS est préférable, si l'ulcération s'est étendue en surface que, ses bords se confondent graduellement avec les tissus voisins, et si elle est devenue douloureuse.

Ces deux médicaments suffisent en général à cicatriser ces ulcérations.

Lorsqu'elles résistent, AURUM METALLICUM doit remplacer la préparation mercurielle. Ce médicament réussit mieux quand la maladie occupe la muqueuse buccale et pharyngienne, que dans le cas où elle a envahi les organes de la génération.

LACHESIS serait préféré à l'or, si l'ulcère reposait sur une muqueuse bleuâtre, boursouflée, et s'il avait de

la tendance à creuser plus profondément dans l'épaisseur de la muqueuse.

Phosphori acidum s'adresse aux exulcérations multiples, entourées d'un cercle rouge très-vif, et accompagnées d'une douleur cuisante et d'une sécrétion purulente assez abondante.

Nitri acidum, aux ulcérations superficielles en forme de rhagades, et pour toutes les formes, s'il y a exubérance de l'action mercurielle.

Thuja s'adresse aux ulcérations étendues de la vulve et du prépuce, ulcérations accompagnées de chaleur, de prurit, et d'une abondante sécrétion d'un pus jaune, mais séreux.

2° *Ulcères aphtheux.* — Le MERCURIUS SOLUBILIS est le médicament qui leur est le plus approprié. Il réussit toujours, quand l'ulcération est bien circonscrite, entourée d'un cercle vif, et recouverte d'une légère couche diphthéritique.

Le mercure soluble a pour effet de nettoyer la surface de l'ulcère, d'augmenter sa rougeur et de faire que son fond s'élève.

S'il ne suffit pas à compléter la cicatrisation, *nitri acidum* l'achève presque toujours.

La véritable difficulté du traitement n'est pas, on le conçoit, d'amener la cicatrisation de ces aphthes, mais bien d'en empêcher le retour.

IVe OBSERVATION. — J'ai donné des soins à un homme de 35 ans, fort, bien constitué, qui avait eu un chancre dix ans auparavant, et qui, depuis cette époque, était resté sujet à voir se former, sur le gland et le prépuce,

des ulcérations aphtheuses parfaitement caractérisées. Ces ulcérations revenaient tous les mois, quelquefois tous les deux mois, et se formaient sans qu'il y eût eu de coït. Le malade avait l'habitude de les cautériser lui-même, et au bout de six à huit jours, il en était débarrassé.

Voulant se mettre à l'abri de ces retours si fréquents, ce monsieur se soumit à un traitement homœopathique. Celui-ci fut commencé au moment où deux aphthes superbes existaient sur le prépuce.

Je donnai tout d'abord le *mercurius solubilis;* et comme ce malade habitait la province, je donnai ce médicament en globules. Je prescrivis dix doses composées chacune de quatre globules de la 18e dilution. Une de ces doses devait être prise chaque matin.

Le premier effet du médicament fut d'amener la cicatrisation des ulcères en quatre jours, au lieu de huit. Le mercure fut néanmoins continué, bien qu'il ne restât plus aucun aphthe.

Ces doses épuisées, j'en envoyai dix autres, composées chacune de trois globules de la 24e dilution du même médicament.

La maladie ne revint pas.

Je fis succéder le *nitri acidum* au mercure, donnant encore dix doses, dans lesquelles il entrait quatre globules de la 24e dilution.

Le malade fut ensuite laissé au repos pendant quinze jours; puis il fit usage de cinq doses de *sulphur,* 30e, quatre globules, dont il prit une dose tous les deux jours.

Voici dix-huit mois que ce traitement est terminé; rien n'a reparu.

Parmi les médicaments que j'ai indiqués :

Aurum pourrait succéder au mercure, s'il existait de fortes douleurs.

Iodium, quand la surface des ulcérations est d'un gris sale, et que, existant dans la bouche, elles causent une abondante salivation.

Phosphorus, quand les ulcères sont précédés de vésicules douloureuses, cuisantes, ce qu'on observe sur la langue, au palais, plus souvent que dans le fond de la gorge.

Phosphori acidum, quand les aphthes sont entourés d'un gonflement marqué de la muqueuse, et qu'ils saignent aisément.

Enfin, *mercurius præcipitatus ruber*, pour les cas rebelles. On ne devrait en faire usage qu'après avoir employé le *mercurius solubilis*, suivi des autres médicaments que j'ai indiqués, en particulier du *mercurius corrosivus*.

3° *Ulcères chancreux*. — Mercurius corrosivus est préférable à toutes les autres préparations mercurielles, quand le chancre a pénétré profondément dans l'épaisseur de la muqueuse, surtout lorsqu'il occupe les tonsilles et le fond de la gorge.

Ce médicament ne doit jamais être employé à une dilution plus basse que la 12e, en observant, pour les doses et leur répétition, les indications que j'ai données plus haut.

Iodium doit souvent remplacer le mercure corrosif,

surtout lorsque celui-ci a produit de la salivation.

LACHESIS est préférable si la muqueuse qui environne l'ulcère est violacée et boursouflée, le pus sérosanguinolent et de mauvaise odeur.

LYCOPODIUM s'adresse surtout aux ulcères des amygdales, tandis que STAPHYSAGRIA convient mieux à ceux des gencives et des lèvres.

Sulphur est un intercurrent très-utile; on ne doit jamais manquer de le donner quand il existe quelque signe de psore.

4° *Ulcères phagédéniques.* — MERCURIUS CORROSIVUS est très-efficace, lorsque l'ulcère gagne en largeur, détruisant les tissus superficiellement et non en profondeur; la sécrétion est accompagnée alors de sang et de pus, les douleurs sont vives, cuisantes et lancinantes.

Le PRÉCIPITÉ ROUGE est approprié aux ulcères violacés, fongueux, à bords durs, à ceux, en un mot, qui ressemblent aux ulcères cancéreux.

Le BI-IODURE DE MERCURE (mercurius bi-iodatus) réussit dans les mêmes circonstances que le sublimé, mais chez les scrofuleux; par conséquent lorsqu'il existe une diathèse scrofulo-syphilitique.

AURUM METALLICUM et AURUM MURIATICUM doivent remplacer les mercuriaux dès que la destruction s'est étendue aux os.

KALI HYDRIODICUM est indiqué à son tour, quand l'ulcère est le résultat de l'ouverture d'une tumeur gommeuse.

Enfin, si l'ulcère avait de la tendance à passer à la

gangrène, LACHESIS serait le premier médicament à employer.

ARSENICUM devrait lui succéder si l'eschare offrait une teinte noire, et si la sécrétion était ichoreuse et infecte.

Mercurius vivus est également utile, mais seulement après *lachesis*, quand l'ulcère gagne en profondeur, tandis que CALOMELAS serait préférable si la gangrène envahissait rapidement les parties molles de la bouche, et que ni lachesis ni arsenicum n'eussent été capables d'en arrêter les progrès.

Lorsque l'ulcère est devenu phagédénique sous l'influence du mercure, *nitri acidum, hepar sulphuris, carbo vegetabilis* sont parfaitement indiqués.

Nitri acidum si l'ulcère est peu douloureux, et s'il sécrète une sanie abondante.

Hepar sulphuris lorsqu'il y a écoulement de sang avec douleurs pulsatives et lancinantes.

Carbo vegetabilis quand la muqueuse est violacée, molle, comme scorbutique, et que l'ulcère sécrète une sanie fétide.

Lorsque la surface de l'ulcère a de la tendance à végéter, NITRI ACIDUM et THUJA sont les médicaments les plus utiles. On donne l'*acide nitrique* le premier, parce qu'en général le mercure a été largement employé déjà ; souvent AURUM MURIATICUM doit être prescrit après l'acide nitrique, tandis que le THUJA est tenu en réserve pour le cas où la surface de l'ulcération se couvrirait d'une végétation framboisée et suintante.

Les TUMEURS GOMMEUSES formées dans l'épaisseur du

tissu cellulaire sous-muqueux, cèdent au traitement que j'ai indiqué pour le cas où elles existent sous la peau.

AURUM, CAUSTICUM, IODIUM, LYCOPODIUM, *graphites* conviennent à leur première période, quand elles constituent de petites tumeurs indurées.

IODIUM, KALI HYDRIODICUM, NITRI ACIDUM, dès qu'elles commencent à se ramollir.

LACHESIS, IODIUM, KALI HYDRIODICUM, quand une fois elles sont ulcérées.

Les signes distinctifs de chacun de ces médicaments sont ceux que j'ai indiqués plus haut (p. 437).

Telles sont les indications thérapeutiques qui ressortent de l'étude des formes élémentaires de la syphilis des membranes muqueuses ; indications assez précises, comme on a pu le voir, mais qui se complètent encore par la considération des symptômes qui tiennent au siége de la maladie et par celle des souffrances qui dépendent des fonctions propres à ces différents organes.

1° Lorsque la vérole a envahi la *gorge* et la *bouche*, elle occupe les amygdales, le voile du palais et l'arrière-gorge, la face interne des joues et les gencives, enfin la langue.

Sur les *amygdales*, on observe des plaques muqueuses superficielles, des plaques muqueuses profondes, des ulcères aphtheux et chancreux, et des ulcères phagédéniques.

a. — Les *plaques muqueuses superficielles* cèdent au *mercure soluble*, c'est-à-dire que ce médicament fait rapidement disparaître la couche opaline ; mais il laisse une tonsille rouge et privée de son épithélium.

Belladone succède avec avantage au mercure, lorsque cette rougeur est vive et lorsqu'elle cause de la douleur. Du reste, cette plante n'est jamais qu'un intercurrent qu'il ne faut pas continuer plus de trois à quatre jours. On la donne à la 18e ou à la 24e dilution et en globules.

Si le sujet est lymphatique ou psorique, *sulphur* doit succéder au mercure, à la place de belladone, et *lachesis* doit remplacer *sulphur*, surtout s'il y a eu éruption de roséole à la peau.

Les *plaques muqueuses profondes*, formées de papules humides dont la surface est excoriée et recouverte d'une fausse membrane, doivent être traitées d'abord par CINNABARIS, après lequel on donne LYCOPODIUM. Le cinabre est employé à la douzième ou à la dix-huitième dilution, le plus souvent en gouttes; tandis que le *lycopode* réussit mieux à une dilution plus élevée, la 24e ou la 30e. On le prescrit toujours à la dose de quatre à six globules.

Il faut laisser entre ces différents médicaments des intervalles de repos proportionnés à leur durée d'action.

Nitri acidum ne serait convenable que dans le cas d'ulcération concomitante et après un usage immodéré du mercure.

b. — Les *ulcères* des amygdales sont presque toujours profonds, à forme aphtheuse ou chancreuse. MERCURIUS SOLUBILIS est le premier médicament qu'il faille leur opposer ; il a le plus souvent pour effet de nettoyer le fond de l'ulcère de la fausse membrane pultacée

qui le recouvre; il peut même, quand on insiste sur son emploi, en laissant des intervalles de repos et en changeant la dilution, amener complétement la cicatrice.

S'il en est autrement, c'est-à-dire si l'ulcère s'étend malgré l'emploi du *solubilis*, MERCURIUS CORROSIVUS doit remplacer ce dernier agent.

Enfin, dans les cas où, malgré ces deux médicaments, la cicatrisation tarderait à se faire, *hepar sulphuris*, 12e ou 18e dilution, donné pendant un septénaire, à la dose de six globules à une goutte dans 125 grammes de véhicule, imprimerait certainement une marche favorable à la maladie. Il suffirait alors de revenir au *mercurius solubilis* pour obtenir une guérison complète.

Quand l'ulcère est plus profond, large, ayant détruit une partie de l'amygdale, présentant une couenne épaisse sur toute sa largeur, des bords rouges et taillés à pic, si, de plus, le mercure a été employé, IODIUM est le médicament le plus utile. Il ne faut pas craindre de le donner largement, à la sixième ou à la douzième dilution, à la dose de deux à six gouttes dans une potion; on le continue tant que l'amélioration se produit.

Mais si les préparations mercurielles ont été interrompues depuis longtemps, que les iodures les aient remplacées, le PRÉCIPITÉ ROUGE est un des médicaments les plus utiles; il faut seulement avoir le soin de donner ensuite *sulphur* ou *hepar sulphuris*, à titre d'intercurrents, et revenir à une des préparations mercu-

rielles indiquées plus haut, dès que la maladie a perdu de son intensité.

Il peut arriver encore que le malade ait négligé son traitement et qu'il ne soit, au moment où il consulte, ni sous l'action du mercure, ni sous l'action de l'iodure de potassium; le MERCURIUS BI-IODATUS est alors exclusivement indiqué. Ici encore les *sulfureux* sont indispensables, dès que l'action du bi-iodure semble s'arrêter.

On rencontre encore sur les amygdales des ulcères rétrécis, mais profonds, comme fistuleux, avec induration des parties concomitantes; KALI HYDRIODICUM est très-utile en pareil cas; il faut le donner comme l'iode.

Lorsque enfin l'ulcère devient gangréneux, ce qui est rare sur les amygdales, *lachesis* et *arsenicum* sont indiqués ; j'ai dit plusieurs fois comment on pouvait distinguer entre ces médicaments.

Le *voile du palais, ses piliers et la luette* sont, après les amygdales, le siége le plus fréquent de la localisation de la syphilis. La forme *érythémateuse* s'y observe souvent : MERCURIUS SOLUBILIS, suivi de SULPHUR et de LACHESIS, suffisent à la guérison. Le mode d'administration de ces médicaments et leur ordre de succession ont été trop souvent indiqués pour qu'il soit utile d'y insister de nouveau.

Les plaques muqueuses envahissent bien rarement, d'une manière exclusive, le voile du palais. Quand on les y observe, on en trouve aussi sur les amygdales, et ce sont les symptômes de ces dernières qui caractérisent le médicament et fixent son choix.

Il n'en est pas de même des ulcères; ils s'y observent fréquemment avec leurs caractères les plus graves, et quelquefois aussi avec leurs formes les plus superficielles.

Dans cette dernière hypothèse, MERCURIUS SOLUBILIS et, si l'ulcération est large et étendue, MERCURIUS CORROSIVUS, doivent être employés. S'ils restent insuffisants, que les tissus voisins soient d'un rouge vif, que la déglutition soit douloureuse, *acidum phosphoricum* complète l'action des mercuriaux. *Thuja* pourrait aussi être quelquefois utile.

Il arrive souvent que les ulcères destructeurs débutent par une tumeur gommeuse de la luette; celle-ci est alors rouge, gonflée, déformée. IODIUM est le médicament spécifique en pareil cas.

Il faut le donner à haute dose, comme il a été dit tout à l'heure.

Quand une fois l'ulcération est formée, on doit la traiter comme celle des amygdales. Le *mercure soluble* n'est jamais utile en pareil cas. Le *précipité rouge*, le *bi-iodure de mercure* seraient les seules préparations de cet ordre auxquelles il conviendrait de recourir.

L'IODURE DE POTASSIUM devrait succéder aux mercuriaux et le *sulphur* au kali hydriodicum.

Ici, la marche de la maladie est rapide et le mode d'administration doit être dirigé en conséquence. Les médicaments sont donnés à des dilutions moyennes, les mercuriaux à des puissances plus élevées que les iodures, car il ne faut pas craindre, si le sujet est ro-

buste, d'employer des gouttes et de répéter les doses plusieurs fois dans une journée.

Si l'ulcère, s'étant étendu, a envahi les os palatins, AURUM METALLICUM doit être préféré aux médicaments sus-indiqués. Il faut le donner aussi à des dilutions inférieures. La 3e et la 6e trituration (ou dynamisation) sont très-utiles.

Les ulcères qui occupent le fond du pharynx et ceux qui s'étendent à la muqueuse palatine, doivent être traités comme je viens de le dire à propos de ceux du voile du palais. Il est bien rare, du reste, qu'ils débutent par cette région.

La forme exanthématique, très-commune au fond de la gorge, alors même qu'il existe sur les amygdales des plaques muqueuses ou des ulcérations, cède au *mercure soluble*, suivi de *lachesis* et de *sulphur*.

Il en est de même quand elle occupe le palais; seulement, s'il arrive, dans ce cas, que les rougeurs soient disposées en cercle, *sepia* peut être d'une grande efficacité.

A la *face interne des joues et des lèvres*, les formes de la syphilis se composent d'exanthèmes, de plaques muqueuses et d'ulcères.

a. — L'*exanthème* réclame encore MERCURIUS SOLUBILIS, surtout quand il existe une abondante salivation; lorsque celle-ci est infecte et sanguinolente, MERCURIUS VIVUS est préférable.

AURUM convient, au contraire, quand les muqueuses sont rouges et sèches.

LACHESIS, quand elles sont violacées, bleuâtres.

STAPHYSAGRIA, si la rougeur est disposée par plaques qui occupent principalement les lèvres et sont accompagnées d'exulcérations.

b. — Les *plaques muqueuses* superficielles cèdent quelquefois aux mêmes médicaments; celles qui sont plus profondes réclament encore CINNABARIS, LYCOPODIUM, AURUM MURIATICUM.

c. — Les *ulcères superficiels* seront combattus avec avantage par MERCURIUS SOLUBILIS et MERCURIUS CORROSIVUS donnés successivement dans l'ordre que je viens d'indiquer, et suivis de *sulphur*, parfois de *lachesis*.

d. — Les *ulcères aphtheux*, par MERCURIUS SOLUBILIS dans les cas ordinaires; MERCURIUS PRÆCIPITATUS RUBER, quand leur fond est couvert d'un enduit pultacé; AURUM, quand ils sont douloureux et précédés d'une éruption vésiculeuse; enfin CINNABARIS, quand ces ulcères sont profonds et recouverts d'un enduit blanc, caséeux.

e. — Les *ulcères chancreux* cèdent au MERCURIUS SOLUBILIS, qu'il faut très-souvent faire suivre de MERCURIUS CORROSIVUS, surtout s'il y a sécrétion d'un pus sanguinolent qui, en se mêlant à la salive, lui communique une mauvaise odeur et un goût spécifiques. Ce dernie médicament s'adresse à des ulcérations plus profondes et plus anciennes que celles auxquelles répond le *solubilis*.

Hepar sulphuris doit succéder le plus souvent au mercure; et si l'éruption persiste, il convient de remplacer le foie de soufre par le lachesis.

f. — Les *ulcères phagédéniques*, toujours très-redou-

tables en raison des destructions de tissus qu'ils peuvent amener, doivent être traités par l'IODIUM et le KALI HYDRIODICUM. Le PRÉCIPITÉ ROUGE serait utile s'il n'avait pas été fait usage des mercuriaux, et que la maladie fût très-avancée; le BI-IODURE DE MERCURE conviendrait surtout aux scrofuleux. Le NITRI ACIDUM aura aussi une action très-favorable à la suite du mercure.

g. — LACHESIS et ARSENICUM seront toujours réservés pour les ulcères gangréneux.

h. — Les TUMEURS GOMMEUSES ne sont pas rares dans l'épaisseur des joues; mais leur traitement ne diffère pas de celui que j'ai indiqué pour celles du voile du palais (V. p. 502), et de celui dont j'aurai à parler bientôt à propos des maladies syphilitiques de la langue.

Les *gencives* sont presque toujours atteintes en même temps que les joues. Le plus souvent, elles sont gonflées, mollasses, saignantes, présentent un bord rouge et exulcéré, sont recouvertes d'un enduit blanc, caséeux, très-épais. Une salivation abondante et une sensibilité assez vive, gênant la mastication, accompagnent cet état. Le MERCURIUS VIVUS y répond d'une manière plus exacte que le solubilis; en général, il dégorge la gencive et lui rend une teinte rouge plus franche. Le LACHESIS lui succède alors. *Aurum metallicum* est également fort utile, quand le mercure et le lachesis n'ont pas suffi.

Ce gonflement fongueux des gencives existe souvent quand il y a complication de psore, aussi *sulfur tri-*

turatum suivi de *carbo vegetabilis* est-il souvent très-nécessaire.

Lorsque, à l'aide de ces médicaments, les gencives se sont dégonflées, qu'elles ne saignent plus, mais qu'elles restent rouges et sensibles, SOLUBILIS complète la guérison.

Les *ulcères des gencives* n'existent jamais seuls; ils sont toujours accompagnés d'autres ulcérations des parois de la bouche ou des amygdales. Quand ils sont superficiels, ils ne nécessitent pas d'autres médicaments que ceux dont j'ai donné les indications à propos des maladies de la face interne de la bouche; ce sont encore MERCURIUS SOLUBILIS, SULFUR, qui conviennent, quand ils sont superficiels; et *phosphori acidum* quand les gencives sont, en même temps, gonflées et douloureuses; — IODIUM répond mieux aux *ulcères aphtheux* causant une salivation abondante; *staphysagria* aussi. — Les *ulcères chancreux* céderaient plus sûrement au *mercure vif*, suivi d'*hepar sulfuris;* enfin, les ulcères destructeurs réclameraient l'emploi de AURUM, quand ils s'étendent aux os maxillaires, et de CALOMELAS, quand ils ont une forme gangréneuse, et qu'ils affectent une marche rapide.

La *langue* est très-souvent envahie par la syphilis; la forme érythémateuse s'y observe peu : elle ne réclame pas d'autres médicaments que celle des autres parties de la bouche. — Les *plaques muqueuses* y sont bien plus fréquentes, surtout les plaques muqueuses profondes : CINNABARIS paraît être le médicament qui leur est le plus approprié. Il faut le continuer long-

temps, en changeant la dilution tous les cinq à six jours, et laissant entre chaque dose du médicament un repos d'un septénaire environ. Les dilutions moyennes sont préférables aux autres ; il faut souvent les donner en gouttes.

LYCOPODIUM est le médicament qui remplace le plus utilement le cinnabaris, on le donne de la même manière ; PHOSPHORUS convient lorsque la langue est entourée d'une sorte de peau blanche et épaisse.

Si les papules plates augmentent de volume, qu'elles aient l'air de végéter, *aurum muriatum* et, après lui, *nitri acidum* sont les agents les plus efficaces.

Enfin, dans les cas les plus rebelles, le *précipité rouge* pourrait être également employé avec profit.

Toutes les formes d'ulcères s'observent sur la langue; ils ne réclament pas d'autres médicaments que ceux dont je viens d'indiquer les noms et les caractères distinctifs.

Les *tumeurs gommeuses* sont également assez fréquentes dans l'épaisseur de la langue. Quand elles ne sont pas ulcérées, le LYCOPODIUM, le CAUSTICUM, l'AURUM, l'IODIUM, doivent être préférés ;

L'ulcération étant formée, le PRÉCIPITÉ ROUGE est très-efficace pourvu que l'ulcère ait l'apparence du cancer ; KALI HYDRIODICUM devrait être donné ensuite, IODIUM est souvent aussi très-utile.

La langue est encore exposée à un autre ordre d'altération ; il lui arrive parfois de s'endurcir sur quelque point. MERCURIUS SOLUBILIS, dont l'action est expliquée

par la matière médicale, et confirmée par les observations cliniques (1), puis *sulfur*, et quelquefois *lachesis*, triomphent de cette altération.

Chacun de ces médicaments doit être continué pendant longtemps, en observant les précautions que j'ai indiquées plusieurs fois déjà relativement au changement de dilution et aux intervalles de repos.

La syphilis, ainsi que je l'ai dit plus haut, peut envahir également le pharynx, l'estomac et les intestins. Seulement, la véritable nature des affections qu'elle y fait naître, ne peut être reconnue que par l'existence des symptômes concomitants. Ceux-ci permettent aussi de fixer le choix du médicament. Les caractères des formes morbides développées sur cette partie des muqueuses que nous pouvons directement explorer, sur la peau ou sur le système osseux, sont donc seuls en état de nous faire reconnaître les substances convenables. Aussi est-ce en consultant les indications que j'ai données plus haut à propos des syphilides, et celles que j'aurai à donner en parlant des affections du système osseux, des ganglions lymphatiques et des ulcères, qu'on pourra atteindre à ce but.

La seule affection nettement caractérisée et qui puisse indiquer par elle-même le médicament convenable, est la *dysentérie syphilitique*. MERCURIUS CORROSIVUS, SULPHUR, NITRI ACIDUM, *arsenicum* et *phosphorus* la guérissent le plus souvent.

MERCURIUS CORROSIVUS doit êtredonné quand il y a beaucoup de ténesme et que les selles sont franchement

(1) Voy. Noack et Trincks, *Manuel*, article *Mercure*.

sanguinolentes ; on l'administre à la 12e dilution et généralement en globules : il faut répéter la dose de 3 à6 fois en 24 heures.

Sulfur vient après le mercure corrosif, lorsque celui-ci ayant fait disparaître l'hémorrhagie, en tout ou en partie, le malade éprouve encore du ténesme accompagné de frissons, et que les selles sont aqueuses, verdâtres, muqueuses.

Nitri acidum ne convient qu'à la dysentérie chronique, quand le mercure a été donné, si les évacuations sont fétides, sanguinolentes, que le malade soit arrivé à un état de faiblesse et d'amaigrissement prononcé, surtout s'il existe des ulcères dans l'intestin.

Arsenicum répond à un degré plus avancé encore, quand la diarrhée est aqueuse, verte ou brune ; surtout si le malade accuse une *soif intense*, une *douleur de brûlure* très-vive dans les intestins et l'estomac, tandis qu'il est en proie à un sentiment de frissonnement général, ou mieux encore, quand il se plaint d'*alternatives de frisson et de chaleur*. L'arsenic s'adresse aux sujets anémiques, tourmentés par l'insomnie et par un état d'anxiété extrême. Il convient donc dans les cas graves, lorsque la maladie est arrivée à un degré très-avancé.

Phosphorus succède à l'arsenic quand la faiblesse est extrême, les selles très-nombreuses et abondantes. Ce médicament relève seulement les forces du sujet.

China, donné aussi pendant quelques jours, à titre d'intercurrent, est parfois utile quand la faiblesse tient au grand nombre des évacuations, les altérations des-

tructives n'ayant pas encore fait de grands progrès.

A l'*anus*, on observe des indurations, suite de chancres primitifs cicatrisés, des plaques muqueuses et des ulcérations, qui affectent le plus souvent la forme de rhagades.

Les *indurations* doivent être traitées comme je l'ai dit plus haut (p. 348).

Les *plaques muqueuses* réclament SOLUBILIS quand elles sont superficielles; CINNABARIS, lorsqu'elles sont saillantes, suintant un liquide fétide caractéristique. Le PRÉCIPITÉ ROUGE pourrait succéder au cinabre dans le cas où la maladie serait ancienne et invétérée.

NITRI ACIDUM doit venir après les mercuriaux, quand les tissus sont boursouflés, que les papules plates sont séparées par des excoriations profondes, que le suintement est abondant et infect. Il faut presque toujours donner *sulphur* après *nitri acidum*.

L'effet de ces divers médicaments est de faire disparaître la tuméfaction des tissus et d'amener la chute de la fausse membrane blanchâtre qui recouvre les surfaces malades. *Mercurius solubilis*, donné alors, complète la guérison.

S'il arrivait que les plaques muqueuses parussent végéter, *thuja* serait donné après l'acide nitrique. On pourrait même alterner ces deux médicaments en suivant la méthode que j'ai décrite (p. 305), c'est-à-dire, en donnant l'un pendant cinq à six jours, pour en venir ensuite au second, et revenir après au premier.

Les *ulcérations* de l'anus existent presque constam-

ment dans les replis que forme la muqueuse au niveau du sphincter ; de là leur forme allongée, qui les a fait nommer *gerçures* ou *rhagades*.

Le MERCURIUS SOLUBILIS, suivi de NITRI ACIDUM et de SULPHUR, guérit presque toujours. Il faut donner ces trois médicaments dans l'ordre où ils sont énumérés, y revenir à plusieurs reprises en laissant des intervalles de repos convenables.

On doit toujours avoir soin, pour faciliter la défécation et ramollir les matières fécales, de provoquer les selles avec des lavements. Le grand point, ici, est de faire que ces fonctions naturelles n'amènent pas de nouvelles déchirures.

La partie inférieure du rectum peut encore être envahie par les autres formes des ulcères syphilitiques consécutifs ; mais ceux-ci ne réclament pas d'autres médicaments que ceux que j'ai nommés plus haut (p. 491).

Paupières. — La seule affection qu'il y ait à signaler, du côté de la muqueuse oculaire et de ses dépendances, est la *fistule lacrymale.*

Quand elle est le résultat d'une affection syphilitique superficielle, MERCURIUS SOLUBILIS est le médicament le plus utile ; quand elle dépend d'une affection des os propres du nez, amenant l'obstruction du canal nasal, AURUM METALLICUM est de beaucoup préférable. Dans ce cas, le traitement de cette affection ne peut être séparé de celui de l'ozène qui l'accompagne.

Il peut arriver enfin qu'au milieu du travail de cicatrisation qui succède à une carie des os du nez, le ca-

nal nasal se trouve complétement oblitéré; d'où résulte un épiphora continuel. Aucun médicament ne peut être utile dans ce cas, et cette infirmité reste incurable, si le médecin ne trouve dans les procédés de la chirurgie un moyen de rétablir les canaux obstrués.

La syphilis, quand elle envahit la membrane muqueuse de l'*appareil auditif*, y fait naître deux groupes de symptômes essentiels : la *cophose* et l'*otorrhée*.

La *cophose* arrive lorsque l'érythème ou les plaques muqueuses qui existaient au fond de la gorge s'étendent, par la trompe d'Eustache, jusque dans la cavité de l'oreille interne. Elle débute par des bruissements, des bourdonnements, des sifflements dans les oreilles. MERCURIUS SOLUBILIS est le médicament essentiel pour ces formes morbides superficielles.

Lorsque la maladie est plus avancée, le tympan se trouve atteint et bientôt détruit; l'*otorrhée* se joint alors à la cophose, qui devient beaucoup plus intense et irrémédiable.

Le *mercure soluble* est toujours insuffisant alors; mais AURUM METALLICUM est le médicament qui se trouve en rapport avec ces destructions de tissus. Il faut le donner à la 12e ou à la 18e dilution, et par gouttes. L'or est indiqué quand l'écoulement est clair, qu'il répand une mauvaise odeur, et qu'on a lieu de soupçonner la carie des parties osseuses.

Si l'écoulement est purulent et mêlé de sang, il faut revenir à *mercure*, après que l'action de *aurum* est épuisée. *Hepar sulphuris* est donné ensuite, quand l'é-

coulement conserve son caractère purulent et sa mauvaise odeur, malgré l'emploi de l'or et du mercure.

Silicea remplace le foie de soufre, mais seulement après que les médicaments précédents ont enlevé à la maladie une partie de sa spécificité, et chez les sujets scrofuleux.

Quand la maladie est franchement syphilitique, AURUM et MERCURIUS SOLUBILIS suffisent à sa guérison.

Les *fosses nasales* sont aussi, chez les vénériens, le siége de formes morbides importantes et redoutables, en raison des déformations qu'elles amènent et des infirmités qui leur succèdent. Ces formes morbides comprennent : l'*enchifrènement*, le *coryza* et l'*ozène*.

L'*enchifrènement* cède au MERCURIUS SOLUBILIS, quand il est produit par des altérations superficielles, tandis qu'il réclame l'intervention d'IODIUM et de KALI HYDRIODICUM, lorsqu'il est le résultat du développement d'une tumeur gommeuse non ulcérée. *Lycopodium* et *nitri acidum* réussissent également après les médicaments qui précèdent.

Le *coryza* doit être traité, en premier lieu, par MERCURIUS SOLUBILIS, lorsque les mercuriaux n'ont pas été employés, et, dans le cas contraire, par HEPAR SULPHURIS et NITRI ACIDUM ;

IODIUM, si l'écoulement est aqueux, et qu'il y ait en même temps obstruction des trompes d'Eustache ;

LACHESIS, quand il est muqueux, très-abondant ; que le nez est gonflé et qu'il existe à l'intérieur des croûtes jaunes adhérentes ;

STAPHYSAGRIA, si l'écoulement est purulent, épais,

accompagné d'excoriations et de croûtes dans les narines.

Pour l'*ozène*, il faut choisir entre AURUM et MERCURIUS SOLUBILIS, quand l'écoulement a une mauvaise odeur et qu'il s'accompagne du gonflement des os propres du nez.

Lachesis doit succéder au mercure si les os sont douloureux et qu'il y ait des gerçures et des croûtes dans les narines, l'écoulement ayant une mauvaise odeur, mais se rapprochant davantage, par sa consistance, du mucus que du pus.

Phosphorus viendrait après *lachesis*, si le gonflement et la sensibilité des os persistaient, que l'écoulement fût peu abondant, les narines étant obstruées par des croûtes sèches.

PHOSPHORI ACIDUM convient à une période plus avancée, quand il existe des ulcères des parties molles, sans altération des os, et que le malade mouche un mélange de pus et de sang.

Nitri acidum compléterait très-bien l'action de l'acide phosphorique.

Calomelas serait réservé pour les ulcères profonds et destructeurs;

MERCURIUS CORROSIVUS pour les cas les plus graves, lorsque l'écoulement est composé de pus et de sang, infect, très-abondant, que le vomer est altéré et que les autres os du nez sont également atteints. AURUM doit toujours, en pareille circonstance, être donné après le mercurius corrosivus.

Sulphur et *iodium* sont très-souvent utiles comme

intercurrents et comme antidotes des mercuriaux, lorsque ceux-ci ont été donnés à haute dose avant l'intervention de l'homœopathie.

L'inspection directe des narines pouvant être faite, il faudra toujours comparer les indications précédentes avec celles qui ont été données plus haut. (V. p. 480 et *pass.*)

Les symptômes de la syphilis des *voies aériennes supérieures* varient depuis le simple enrouement jusqu'à la phthisie laryngée la plus complète. MERCURIUS SOLUBILIS, LACHESIS, *nitri acidum, hepar sulphuris* sont en rapport avec le premier.

MERCURIUS SOLUBILIS, lorsque les mercuriaux n'ont pas été employés, qu'il existe des symptômes simulant l'inflammation catarrhale : une sensation d'âpreté et de brûlure augmentée par la toux, celle-ci étant sèche, rauque, ébranlante, venant surtout la nuit et donnant lieu à une expectoration aqueuse et quelquefois fétide.

Hepar sulphuris doit succéder au mercure, si la toux est grasse, nocturne, accompagnée d'une assez vive douleur dans la trachée et d'oppression.

Nitri acidum répond, au contraire, à la toux sèche avec expectoration rare et douleur de cuisson très-prononcée.

Lachesis serait préférable au mercure, s'il existait en même temps que l'enrouement une roséole bien caractérisée.

Manganum aceticum, recommandé par Hahnemann, trouverait ici son application.

Quant à la *phthisie laryngée*, il faut lui opposer

IODIUM, KALI HYDRIODICUM en premier lieu; AURUM viendrait ensuite si l'on avait raison de croire à la nécrose des cartilages. Parmi les mercuriaux, le MERCURIUS CORROSIVUS serait préférable à tous les autres; l'*iodure de mercure* serait utile si l'on avait à craindre quelque complication tuberculeuse.

Les autres médicaments seraient choisis en raison des symptômes concomitants, c'est-à-dire, d'après les caractères des éruptions ou des altérations des muqueuses ou des os qui accompagnent la laryngite syphilitique. Parmi les substances dont j'ai parlé antérieurement, *lachesis, nitri acidum, phosphorus* seraient les plus utiles.

La *bronchite syphilitique* n'offrant aucun symptôme local spécifique, se reconnaissant aux souffrances qui l'accompagnent, c'est aussi par ces dernières que le médicament est indiqué. Du reste, le diagnostic de cette affection est bien plus le résultat de l'autopsie que celui de l'investigation des lésions de sensation et de fonctions; il est donc impossible d'indiquer *a priori* les agents convenables; de plus, les révélations de la clinique sont trop incomplètes pour qu'il soit possible de les utiliser.

Le seul moyen de reconnaître le médicament sera donc d'individualiser la maladie en tenant compte de la forme des affections concomitantes; ce sera presque toujours parmi les substances qui ont été indiquées antérieurement qu'il faudra puiser.

Les *organes génitaux* de l'homme et ceux de la femme pouvant être l'objet d'un examen direct, le mé-

dicament qui convient à la forme morbide dont ils sont le siége, peut être reconnu en tenant compte des indications que j'ai données plus haut. (V. p. 480.) La seule difficulté est ici de reconnaître les formes élémentaires qu'il faut combattre, et de les individualiser comme il a été dit précédemment.

Le seul groupe de symptômes qui exigerait une mention spéciale est l'*écoulement syphilitique du canal de l'urètre*. S'il existait sans autre souffrance, le diagnostic et le choix des médicaments seraient également embarrassants : le diagnostic, parce que cet écoulement se confond par ses caractères locaux avec la blennorrhagie elle-même ; le choix des médicaments, parce qu'un grand nombre de substances causent sur l'homme sain des écoulements semblables.

Toutefois, le *mercurius solubilis*, le *cinnabaris*, le *lycopodium*, la *sepia*, seraient les agents les plus utiles. On les distinguera en tenant compte des symptômes de la peau et des muqueuses.

Mode d'administration. — Plusieurs fois déjà, dans le cours de cet article, ce mode d'administration a été indiqué. Comme il ne diffère pas de ce qu'il est pour les syphilides, je renverrai simplement à ce que j'ai dit à propos de ces dernières. (P. 421.)

§ V.

SYPHILIS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES.

L'augmentation de volume des ganglions lymphatiques est un des premiers symptômes de la syphilis

constitutionnelle, c'est aussi un des signes des périodes avancées de la diathèse; seulement les ganglions offrent alors des altérations plus profondes. M. Virchow a distingué toutes ces affections en trois classes : la tuméfaction irritative, l'hyperplasie cellulaire et la métamorphose caséeuse. Cliniquement, ces différentes formes se réduisent à deux : l'engorgement mou et l'induration.

Dans le premier cas, on constate des paquets de ganglions irrégulièrement arrondis, offrant peu de résistance à la pression, sans changement de couleur à la peau. Ces ganglions causent un sentiment de gêne plutôt que de douleur; c'est surtout à la région cervicale qu'on les observe.

Dans le second, ces tumeurs sont distinctes les unes des autres, dures, mobiles, peu douloureuses. La peau qui les recouvre conserve son apparence ordinaire.

Ces ganglions s'enflamment et suppurent rarement. Lorsque cette complication se présente, la maladie suit la même marche que le bubon primitif. Cet accident n'arrive le plus souvent que par suite d'influences étiologiques secondaires, d'un coup, d'une marche forcée, etc., ou bien quand le sujet est scrofuleux ou tuberculeux. Dans cette dernière hypothèse, un travail de tuberculisation ne tarde pas à s'opérer dans l'épaisseur du ganglion, et la suppuration en est la conséquence.

Cette terminaison s'observe dans une autre circonstance encore, c'est-à-dire quand le ganglion devient le siége d'une transformation gommeuse. Dans ce cas,

l'ulcère a une grande tendance au phagédénisme ; le pus est ichoreux, mal lié, quelquefois sanguinolent.

M. Wirchow fait remarquer que le sang s'altère toujours lorsqu'il y a un grand nombre de ganglions malades. La décompositisn se trouve alors en rapport avec la période à laquelle la diathèse est parvenue.

Le diagnostic de ces tumeurs doit avoir pour objet de les distinguer de l'adénite scrofuleuse et de l'adénite tuberculeuse. C'est surtout par la considération des antécédents et des symptômes concomitants qu'il est possible de déterminer la véritable nature de ces affections. Les signes différentiels que j'ai rapportés à propos des bubons primitifs trouveraient ici leur application.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que cette forme de la vérole s'observe surtout chez les scrofuleux et que la maladie participe alors aux caractères de la syphilis et de la scrofule.

Traitement. — Celui-ci se trouve en rapport avec cette double origine.

Tant qu'il s'agit d'une tuméfaction syphilitique et molle, le mercurius solubilis réussit le plus souvent. Les autres médicaments sont indiqués par les altérations dont la peau et les membranes muqueuses sont le siége.

Quand la tumeur est indurée, iodium est le médicament essentiel ; conium doit être donné ensuite, lorsque la tumeur a perdu de sa consistance ; lycopodium

serait utile dans le cas d'induration existant chez des tuberculeux.

Si la tumeur s'enflamme, que la peau devienne rouge, adhérente, le ganglion étant le siége de douleurs assez vives, *belladona* doit être donnée la première. On en fait prendre une dilution assez basse, 6e ou 12e, une goutte dans une potion, une cuillerée de quatre en quatre heures. Ce médicament ne peut pas être continué pendant plus de vingt-quatre heures, et *mercurius solubilis* doit lui succéder. On le donne comme belladone et pendant deux à quatre jours au plus. Si la fluctuation s'établit malgré l'emploi de ces deux médicaments, *hepar sulphuris*, 18e ou 24e, en globules ou en gouttes, succède au mercure. On le donne à des intervalles rapprochés jusqu'à ce que la suppuration se soit fait jour.

L'abcès étant vidé, IODIUM se trouve indiqué si le fond de l'ulcère est formé par un ganglion induré. KALI HYDRIODICUM le remplace quand il s'agit d'une dégénérescence gommeuse. Si l'ulcère est violacé, fongueux, formé de plusieurs ouvertures fistuleuses, PHOSPHORUS doit être prescrit après iodium. Le phosphore est donné à la 24e ou à la 30e dilution, le plus souvent en gouttes. Les globules seraient préférables si les forces du sujet étaient épuisées.

Enfin, l'ulcère ayant perdu les caractères du chancre secondaire, *silicea* serait très-utile pour hâter la cicatrisation et faciliter le recollement des tissus.

Arsenic serait toujours réservé pour les ulcères gangréneux.

Les autres médicaments auxquels on pourrait recourir encore, se trouvant en rapport avec les symptômes concomitants, ne peuvent être indiqués ici.

§ VI.

SYPHILIS DES MUSCLES ET DES TENDONS.

Ces maladies sont au nombre de quatre : les douleurs, l'engorgement, la contracture et les gommes. 1° Les *douleurs* ressemblent à celles du rhumatisme, d'où le nom de *rhumatisme syphilitique* qui leur a été donné. Elles siégent dans les masses musculaires, surtout au niveau de l'insertion des muscles et des tendons. Ces douleurs ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de gonflement, ni de rougeur de la peau ; elles augmentent peu par le mouvement, mais s'aggravent par le repos et la chaleur, surtout durant la nuit.

Leur marche est celle du rhumatisme chronique ; elles se montrent au début de la vérole, peu de temps après la disparition des symptômes primitifs ; sont accompagnées, ou ne tardent pas à être suivies de dermatoses et de quelque affection des membranes muqueuses.

Cette coïncidence, jointe à l'exacerbation régulière de la douleur et à l'existence antérieure de symptômes primitifs, constitue le signe diagnostique de cette affection.

2° L'*engorgement syphilitique* des parties fibreuses se résume dans une seule affection, le *panaris* ; affection bien souvent méconnue, et sur laquelle M. le

professeur Nélaton insistait dans une de ses dernières leçons (1).

D'après les faits cités par le célèbre chirurgien, les malades qu'il avait observés présentaient les caractères suivants : un doigt devenait gros et douloureux, puis diminuait spontanément, tout en conservant un excès de volume et de sensibilité. Trois ou quatre mois après survenait une rechute; celle-ci pouvait se calmer encore, mais la maladie reparaissait bientôt avec une nouvelle intensité. Ce développement irrégulier est le premier signe qui différencie le panaris syphilitique du panaris ordinaire.

Les autres symptômes ne sont pas moins importants : d'abord le gonflement porte sur tout le doigt, d'où il résulte que celui-ci augmente de volume sans être déformé. La peau est tendue, violacée, mais sans rougeur; le palper fait reconnaître que l'augmentation de volume tient surtout à celle des parties molles de la face palmaire.

Les mouvements du doigt sont gênés, la pression est peu douloureuse, les douleurs spontanées sont modérées et ne reviennent qu'à d'assez longs intervalles. La maladie ne marche que très-lentement à suppuration ; il serait même juste de dire qu'elle y arrive seulement quand elle a subi une nouvelle transformation, c'est-à-dire lorsqu'une tumeur gommeuse s'est développée dans l'épaisseur du doigt.

La marche de ce panaris, la forme, la consistance,

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, nº du 3 mars, 1860.

la coloration des tissus, le peu d'acuïté des douleurs, la difficulté avec laquelle il suppure, constituent donc autant de signes capables de le faire distinguer de tous les autres.

Il est une dernière circonstance très-importante pour le diagnostic, c'est l'aveu de symptômes primitifs antérieurs et l'existence de signes irrécusables de la vérole. Chez un des malades de M. Nélaton, une tumeur gommeuse de l'omoplate vint confirmer l'opinion qu'on s'était faite relativement à la nature du panaris.

3° La *contracture* est facile à reconnaître. M. Virchow la considère comme le résultat « des dégéné-« rescences calleuses du tissu musculaire, altérations « analogues à celles que produit l'inflammation rhu-« matismale simple ou traumatique; au milieu du tissu « interstitiel des faisceaux musculaires se développe un « tissu conjonctif qui se sclérose et détruit, après l'a-« voir atrophiée, la fibrille musculaire primitive (1). »

Cette affection occupe principalement les muscles fléchisseurs, surtout ceux de l'avant-bras; elle est facile à reconnaître par la difficulté des mouvements d'extension, la saillie formée par le muscle ou par son tendon et la dureté de cette tumeur.

M. Bouisson, de Montpellier, pense que les sphincters sont plus souvent le siége de la contracture syphilitique que tous les autres muscles; cette opinion n'est pas admise de tous (2).

(1) *Loc. cit.*, p. 106.
(2) Voy. Vidal, de Cassis, *loc. cit.*, p. 408.

J'ai eu occasion de voir dernièrement un jeune homme de douze ans qui porte une contracture des muscles glosso-pharyngiens, ce qui le fait bégayer d'une manière affreuse. Cet enfant est en outre défiguré par la déformation des os du nez, conséquence d'une ozène qui a disparu ; il a un épiphora du côté gauche. L'origine de ces déformations est parfaitement établie ; la mère de ce malade a perdu le voile du palais, qui a été détruit par un ulcère spécifique ; elle a, de plus, un rétrécissement évident de la partie inférieure de la trachée.

4° Les *tumeurs des muscles*, décrites avec beaucoup de soin par M. Bouisson (1), se rapportent évidemment aux gommes.

Elles occupent plutôt les tendons et les aponévroses que la partie charnue du muscle, forment des saillies d'abord dures, mais qui se ramollissent ensuite et sup purent souvent.

On sent, au début, une saillie dure, indolente, qui gêne plutôt les fonctions des muscles qu'elle ne cause de véritable douleur. Cette tumeur semble faire corps avec le muscle, tandis que la peau glisse parfaitement sur elle. Quand la tumeur est petite, elle disparaît pendant la contraction et se retrouve au moment du relâchement.

Cette contraction, du reste, est gênée sans être douloureuse ; il n'en est pas de même du mouvement d'extension, qui est toujours pénible. Lorsque ces tu-

(1) *Gazette médicale de Paris*, nos de juillet et août, 1846.

meurs augmentent, elles se ramollissent, deviennent adhérentes à la peau, qui rougit et finit par se rompre. Elles suivent alors la marche des gommes du tissu cellulaire, avec lesquelles elles se confondent par tous leurs symptômes.

Souvent aussi les gommes deviennent cartilagineuses et même s'ossifient, formant alors ce qu'on a nommé un *nodus* syphilitique. Elles finissent, dans ce cas, par constituer une difformité irrémédiable.

Le diagnostic de ces tumeurs s'établit à l'aide des signes qui ont été rapportés plus haut. (P. 433.) Il est facile, quand la gomme occupe les muscles superficiels, très-difficile, impossible même quand elle s'est formée au centre de muscles profonds. Quand elles occupent l'épaisseur du cœur, où messieurs Ricord, Virchow, etc., les ont observées, le diagnostic est impossible pendant la vie, ces tumeurs donnant lieu aux signes ordinaires des maladies organiques de ce viscère.

Traitement. — 1° *Rhumatisme syphilitique.* Il n'existe presque jamais seul, accompagne d'ordinaire les symptômes précoces de la vérole ; aussi est-il rare qu'il serve à fixer le choix du médicament. Celui-ci se détermine bien plus à l'aide des affections concomitantes que par les caractères mêmes de la douleur.

On peut toutefois s'arrêter aux indications suivantes, dont l'utilité devient manifeste lorsque les douleurs rhumatoïdes dominent tous les autres symptômes par leur intensité. Ainsi, mercurius solubilis est convenable quand il existe des douleurs musculaires composées de déchirements, d'élancements, de brûlure,

augmentant la nuit, à la chaleur du lit, avec ou sans gonflement, grande agitation et sueur qui n'est point suivie de soulagement. Ce médicament sera très-efficace s'il y a en même temps syphilis du larynx.

Si l'on avait déjà fait usage du mercure, SALSAPARILLA serait très-utile si les douleurs existaient dans les masses musculaires, si elles se composaient d'élancements et de déchirements avec raideur des articulations, sensibilité et pesanteur des membres, et aussi quand les articulations sont envahies et qu'il y a des craquements dans les mouvements de flexion.

Nitri acidum doit être employé aussi après le mercure, mais quand les douleurs sont tiraillantes, pressives et crampoïdes, surtout quand elles ne persistent pas longtemps en un même point, mais passent sans cesse d'une partie à une autre.

Lachesis aurait aussi une action favorable si les douleurs étaient accompagnées d'une roséole, quand elles sont erratiques et que les parties malades sont sensibles pendant le mouvement et à la pression.

Guajacum est beaucoup moins important, si ce n'est quand les douleurs sont lancinantes et très-aiguës.

Enfin, *iodium*, *staphysagria* et *thuja* pourraient être donnés s'il existait quelqu'une des formes morbides précédemment décrites et auxquelles chacun de ces médicaments est approprié.

Sulphur et *hepar sulphuris* sont des intercurrents précieux.

2° *Panaris syphilitique*. Il fait partie des formes tardives de la diathèse ; aussi l'*iodure de potassium* lui

a-t-il été opposé avec succès. Ce médicament, cependant, n'est pas le seul qu'on puisse prescrire, surtout dans les premières périodes de la maladie.

Le *mercure* est utile, mais au début seulement. *Sulphur* convient aussitôt après. *Lachesis* et *nitri acidum* seraient donnés plus tard; mais le médicament le plus efficace est AURUM METALLICUM, qu'il faut donner après sulphur.

Si le panaris avait de la tendance à passer à la suppuration, *hepar sulphuris* serait exclusivement indiqué dès que la fluctuation existerait; une fois la tumeur ouverte, *kali hydriodicum* d'abord, *nitri acidum*, et, en dernier lieu, *silicea* devraient être prescrits dans l'ordre où je viens de les énumérer.

3° *Contracture*. Les mercuriaux peuvent être encore efficaces, pourvu qu'ils soient donnés au début de la maladie.

Plus tard, il faut préférer LYCOPODIUM, quelquefois *graphites*, et *rhododendron*, si la contracture est accompagnée de douleurs nocturnes très-intenses.

Si la maladie est ancienne, qu'il s'agisse d'une véritable infiltration gommeuse, *causticum*, suivi de *kali hydriodicum*, serait très-efficace.

Il ne faut pas se dissimuler toutefois que la contracture, quand elle est ancienne, constitue plutôt une infirmité qu'une maladie, et qu'ainsi les médicaments sont souvent sans effet sur elle. La chirurgie peut parfois intervenir, mais ce n'est pas toujours avec succès.

4° Les *tumeurs gommeuses des muscles* ne diffèrent pas, quant à la thérapeutique, de celles du tissu cellu-

laire sous-cutané, pas plus qu'elles ne s'en séparent quant à leurs symptômes. (V. p. 437.)

Quand elles s'indurent au point de devenir cartilagineuses, LYCOPODIUM est le seul médicament utile. Il ne faut pas oublier qu'il est très-difficile d'obtenir alors leur résolution, et que celle-ci est tout à fait impossible lorsque la tumeur est ossifiée.

MODE D'ADMINISTRATION. — Les médicaments dont j'ai parlé doivent être donnés à des dilutions moyennes, lesquelles varient entre la 12e et la 30e.

Toutes choses égales d'ailleurs, elles peuvent être plus basses pour les rhumatismes et le panaris que pour les contractures et les gommes. La quantité varie entre 6 globules et 1 à 3 gouttes, dans une potion de 120 grammes, donnée par grandes cuillerées.

Quant à la répétition, elle est aussi plus fréquente pour les deux premières affections (de 3 à 6 fois par jour) que pour les dernières, où on les donne de 2 à 3 fois.

§ VII.

SYPHILIS DES OS.

Les maladies syphilitiques du système osseux sont au nombre de cinq : les douleurs ostéocopes, la périostose, l'exostose, la carie et la nécrose.

1° *Douleurs ostéocopes*. Elles sont presque toujours accompagnées d'un léger gonflement du périoste ; M. Vidal, de Cassis, va même jusqu'à soutenir que les céphalées les plus tenaces dépendent d'une exostose

interne de la voûte du crâne, lorsqu'elles ne sont pas le résultat d'une périostose externe (1).

Ces douleurs sont d'abord vagues et généralisées, elles ressemblent à une courbature, puis elles se concentrent sur un point, deviennent très-aiguës, déchirantes, pressives ou perforantes. Elles sont exaspérées par le contact, quand il y a ostéite superficielle ; souvent aussi elles paraissent exister au centre des os.

Ces douleurs offrent pour caractère spécifique d'augmenter à la chaleur et par le repos ; de là vient qu'elles se font ordinairement sentir la nuit ; mais M. Nélaton a vu des malades, qui faisaient de la nuit le jour et réciproquement, et dont les douleurs reparaissaient dès qu'ils voulaient se livrer au repos. Cette remarque cependant n'est pas absolue, et il n'est pas rare de voir des syphilitiques souffrir à heure fixe, quelles que soient les précautions dont ils s'entourent pour éviter leur accès.

Le diagnostic des douleurs ostéocopes est parfois difficile. Il faut les distinguer d'abord du rhumatisme syphilitique ; celui-ci n'est point aussi fixe dans son siége que la douleur osseuse ; il est soulagé par la pression, qui exaspère la douleur ostéocope. Il est nécessaire de les séparer aussi des douleurs goutteuses et du rhumatisme ordinaire. Le seul moyen est de tenir compte des autres symptômes et des antécédents. Selon M. Vidal, de Cassis, la douleur étant constatée, le médecin devra « aller à la recherche des antécé-

(1) *Loc. cit.*, p. 476.

« dents et des symptômes concomitants qui peuvent « exister du côté de la peau et des muqueuses, car on « sait qu'il est fréquent d'observer des syphilides ou « des macules pendant l'existence des douleurs ostéo- « copes, et il n'est pas rare alors de constater des ul- « cérations dans la cavité buccale, ulcérations qui ne « se traduisent que par des lésions fonctionnelles peu « graves et passent inaperçues (1). »

La plus grande difficulté consiste à coup sûr à séparer les douleurs osseuses dues à la syphilis de celles que le mercure a puissance d'engendrer ; il serait également exagéré de nier, sous ce rapport, la puissance pathogénique de ce médicament, que de vouloir lui rapporter toutes les douleurs ostéocopes, comme on a tenté de le faire quelquefois.

C'est encore par l'étude des autres symptômes présentés par le malade qu'il sera possible de lever cette difficulté. Ce n'est pas, on le sait, au début de son action que le mercure agit sur le système osseux ; il n'en vient jamais à ce point avant d'avoir affecté les gencives et le tube digestif, tandis que la vérole s'attaque tout d'abord à la gorge et à la peau. De plus, il faudra savoir pendant combien de temps le médicament a été donné et depuis quelle époque le malade a cessé d'en prendre. En réunissant ces notions à la première, on peut arriver à distinguer ces deux ordres de souffrances.

S'il arrive enfin qu'on soit dans le doute, le mercure

(1) *Loc. cit.*, p. 477.

ayant été administré, il faut en premier lieu donner ses antidotes, ainsi que je l'ai dit plusieurs fois déjà. Le résultat obtenu sera un nouvel élément diagnostique, dont il conviendra de tenir compte plus tard.

2° La *périostose* se présente sous la forme de tumeurs plus ou moins dures, mal circonscrites, et qui font corps avec la partie superficielle de l'os. Leurs limites se confondent peu à peu avec les parties voisines.

Selon M. Ricord (1), il convient de distinguer trois espèces de périostoses : une périostose gommeuse, une périostose phlegmoneuse et une périostose plastique.

a. — La *périostose gommeuse* forme une tumeur qui existe à la face externe du périoste, conserve une mobilité relative pendant un certain temps, puis devient adhérente aux tissus sous-jacents. Elle est, en général, molle, élastique, indolente à la pression, et peu douloureuse par elle-même.

Cette espèce est formée par l'accumulation sous le périoste d'un liquide séro-albumineux, ressemblant au pus des scrofules, et contenant des globules graisseux, abondants, renfermés dans un réseau à mailles assez lâches.

b. — Lorsque la périostose doit suppurer, elle devient adhérente à la peau ; celle-ci prend une teinte rouge très-prononcée, la fluctuation se caractérise, puis la peau se rompt, le pus s'écoule et l'ulcère se

(1) Voy. Notes ajoutées au traité de Hunter, trad. de Richelot, p. 661.

présente sous la forme indiquée plus haut, à propos des ulcères syphilitiques. Cette espèce constitue la *périostose phlegmoneuse* de M. Ricord.

c. — Dans d'autres circonstances, le liquide épanché devient plus épais, plastique ; la tumeur est plus dure, immobile, elle cause de fortes douleurs et se montre très-sensible à la pression. Sa marche est lente. Anatomiquement, elle est composée d'un liquide plastique renfermé au milieu d'aréoles lamelleuses. C'est la troisième espèce indiquée plus haut.

En réalité, ces trois espèces se réduisent à une seule, laquelle subit trois évolutions différentes : tantôt se résorbe, c'est ce qui arrive pour la première espèce ; tantôt suppure, tantôt enfin peut s'indurer. Pour M. Virchow, la gomme appartient en grande partie au périoste (1).

La périostose se reconnaît aisément quand elle existe à la surface externe d'un os superficiel ; mais il est beaucoup plus difficile d'affirmer sa présence quand elle se trouve à la surface du canal médullaire ou à la face interne des os du crâne. Dans ce cas, on la suppose bien plus qu'on ne la reconnaît.

La périostose s'accompagne toujours de congestion et de gonflement de la substance osseuse, symptômes qui disparaissent à leur tour lorsque l'inflammation du périoste a cessé. Cette espèce d'ostéite peut aussi persister et s'étendre. L'os présente alors des taches rouges, ses canalicules se dilatent et renferment un

(1) *Loc. cit.*, p. 33.

liquide transparent, qui se transforme peu à peu en substance plastique.

La maladie se caractérise toujours par une tumeur circonscrite, profonde, immobile, dure, très-douloureuse, qui suppure rarement, mais s'indure et se transforme en exostose.

3° L'*exostose* est souvent une suite de la périostose. Elle débute alors par cette tumeur molle et mobile dont j'ai parlé. L'enveloppe de cette tumeur s'épaissit et s'ossifie ; sa partie centrale subit un travail analogue ; seulement il reste entre la tumeur et l'os une couche de substance cartilagineuse qui finit peu à peu par s'ossifier.

Cette tumeur est arrondie, demi-sphérique ou conique, quelquefois en forme de crête ou pédiculée ; elle constitue en général une saillie brusque qui gêne les organes voisins, cause des déformations parfois horribles, ce qui arrive quand elle occupe les os de la face. Cette espèce d'exostose a reçu le nom d'*épiphysaire*.

D'autres fois, l'exostose débute par une altération de l'os lui-même, ainsi que je l'ai indiqué tout à l'heure, et celui-ci, en s'épaississant, lui donne naissance.

Cet épaississement est parfois accompagné de la raréfaction du tissu interstitiel, d'où les larges mailles osseuses qui se trouvent dans la tumeur.

D'autres fois, le parenchyme même de l'os s'épaissit, se gonfle, se sclérose, comme on le dit; on voit paraître alors l'*exostose éburnée*.

Pendant la vie, ces différences s'apprécient difficilement. Ce qu'on trouve, c'est une tumeur plus ou moins dure, adhérente à l'os, sans changement de couleur du tégument, mais devenant le siége de douleurs parfois très-aiguës. Il est toujours difficile de se prononcer alors entre les deux espèces dont j'ai parlé, lesquelles se distinguent très-facilement, au contraire, quand on a pu suivre leurs phases diverses et déterminer si elles constituaient, au début, une affection du périoste ou une maladie de l'os lui-même.

L'exostose amène parfois d'importants désordres sur les parties voisines ; elle déplace les unes, atrophie les autres, comprime des vaisseaux importants et cause l'œdème ; puis, quand elle se trouve en rapport direct avec une partie des centres nerveux, le cerveau ou la moelle épinière, par exemple, elle y fait naître des symptômes extrêmement variés, des paralysies, des douleurs, des convulsions même.

Rien n'est plus délicat que de rapporter ces symptômes à leur véritable cause ; c'est seulement par l'individualisation, par la connaissance des antécédents, par l'existence d'une éruption, ou même d'une cicatrice de la peau, qu'il est possible de soupçonner les exostoses internes.

Ce qu'il y a de plus difficile encore, lorsque les signes de la compression sont reconnus, c'est de savoir si cette dernière est l'effet d'une périostose interne, d'une exostose ou d'une tumeur gommeuse.

Celle-ci se développe, en effet, très-souvent à la face interne des os du crâne ou du rachis ; elle se pré-

sente avec des caractères anatomiques précis, parfaitement indiqués par M. Virchow.

Tantôt elles constituent des masses spongieuses, analogues à de la mousse et développées entre la dure-mère et la face interne des os ; plus souvent des tumeurs coniques composées d'une trame fibreuse, renfermant un liquide qui contient des cellules rondes et pâles, dont le nucleus est transparent, rond et volumineux, et, à une période plus avancée, des granules graisseux disséminés au milieu d'un tissu conjonctif oblique et transversal.

Par la compression qu'elle exerce sur les os, cette tumeur amène ce que le professeur de Berlin nomme la *carie sèche*.

C'est-à-dire que la dépression de l'os est telle que le tissu osseux se raréfie au centre et se condense vers sa circonférence, que les canaux médullaires s'élargissent. La dépression centrale offre la forme stellaire. Plus tard, la couche superficielle de l'os se rompt, les bords de la partie altérée sont taillés à pic, anfractueux, froncés. Une pellicule noire, vasculaire, se dépose à la périphérie de l'os, et une couche d'ostéophytes blanchâtres se forme peu à peu.

D'autres fois, la gomme se résorbe, et l'on ne trouve plus qu'une dépression osseuse et des inégalités de la dure-mère.

Cette dépression est souvent aussi le résultat d'une cicatrice, qui se caractérise toujours par un défaut de production au centre et par un excès de productivité à la circonférence.

Si les désordres causés par la gomme ont été assez importants pour amener la destruction de toute l'épaisseur de l'os, la perte de substance ne se comble jamais. S'il s'établit des adhérences entre la peau, les bords de l'os et la dure-mère, une masse calleuse, unie, blanchâtre, très-compacte et peu vasculaire se forme au centre de la cicatrice; cette masse est rétractile et amène la dépression de la voûte du crâne.

Le travail hypertrophique s'établit sur les bords de cette cicatrisation; l'os devient dur, lourd, s'éburne, les cavités médullaires se remplissent de tissu osseux.

Si la nécrose n'a détruit qu'une partie de la table des os du crâne, les bords de la cicatrice osseuse s'amincissent, deviennent obliques, s'encroûtent d'une légère couche osseuse, et les parties voisines subissent le travail hypertrophique dont j'ai parlé et qui peut s'étendre assez loin.

On voit, par les détails précédents, que les affections osseuses de la syphilis sont faciles à reconnaître anatomiquement; malheureusement le diagnostic est beaucoup plus difficile pendant la vie, et le travail de M. Virchow, travail si précis, si important au point de vue nécroscopique, ne lève aucune des difficultés pratiques des exostoses et des gommes internes.

La même difficulté se rencontrerait pour la *carie* et la *nécrose*. Ces deux altérations, qui sont presque toujours réunies, viennent soit à la suite d'ulcères rongeants des parties molles, soit après une périostose suppurée, soit enfin par suite de la suppuration d'une gomme osseuse.

Dans tous les cas, la maladie commence par une tuméfaction limitée de l'os, tuméfaction qui devient le siége d'une suppuration abondante, lorsque la maladie existe à la surface externe de l'os. Dans le cas contraire, le premier symptôme indiqué est la douleur, douleur vive, tenace, horrible, existant au centre même de l'os, et dont la véritable cause est longtemps méconnue.

Lorsque enfin le pus s'est fait jour, de petits fragments d'os se détachent, ou bien une exploration attentive permet de reconnaître les séquestres.

Quand la maladie occupe les os du crâne, il y a toujours danger de développement d'une méningite ou d'une encéphalite, affections qui éclatent sous l'influence de causes très-secondaires, mais dont le danger est extrême.

Ce danger se retrouve lorsque le rachis est affecté. Pour les autres parties, les déformations osseuses consécutives sont souvent à craindre; c'est ce qui arrive pour les os du nez et de la face.

La carie et la nécrose occupant les osselets de l'ouïe et le rocher, amènent la cophose; si elles se fixent sur les os propres du nez, elles causent l'ozène, maladie dont il a été parlé plus haut. (V. p. 467.)

Quand elles ont la voûte palatine pour siége, et qu'elles débutent par un os et non par la muqueuse, une tumeur sensible à la pression se forme au palais, la muqueuse qui la recouvre devient fongueuse, violacée; cette tumeur s'ouvre et donne issue à un pus sanieux et fétide, odeur qui se communique à l'haleine

et à la salive; puis une portion d'os se détache, la voûte palatine est perforée, la voix s'altère, et les liquides passent par les fosses nasales pendant la déglutition.

Lorsque la guérison a lieu, des bourgeons charnus s'élèvent sur les bords de l'ulcération, ceux-ci se cicatrisent, mais la perte de substance ne se comble pas, au moins le tissu osseux ne se régénère-t-il en aucune circonstance.

Lorsque les ulcères destructeurs occupent le fond de la gorge, la partie antérieure des vertèbres cervicales peut être altérée.

S'il arrive que les vertèbres dorsales ou lombaires se carient ou se nécrosent, on voit apparaître des abcès par congestion et des déviations qui varient suivant que le corps des vertèbres ou une de leurs parties latérales se détruit et s'affaisse.

Ces altérations peuvent se produire également à l'extrémité des os longs et causer alors une variété de tumeur blanche, variété qui suppure facilement, et, du reste, se distingue à grand'peine des arthropathies scrofuleuses. Le seul caractère réellement distinctif se tire de la considération des symptômes concomitants et des antécédents.

Traitement. — *A. Douleurs ostéocopes. Mercurius solubilis* ne réussit contre elles que dans le cas où elles sont récentes, encore est-il rare qu'il les fasse entièrement disparaître. Parfois il soulage, et *lachesis,* donné après, complète son action.

Pour être autorisé à faire usage de ces deux médi-

caments, il est nécessaire que les douleurs osseuses soient accompagnées des symptômes précoces et superficiels de la vérole.

Comme cette dernière envahit les os assez tard, il est facile de prévoir que cette condition soit rarement remplie, aussi AURUM METALLICUM, IODIUM, KALI HYDRIODICUM, MANGANUM ACETICUM, PHOS. ACIDUM sont-ils de beaucoup préférables.

AURUM, lorsque la douleur est tiraillante, tensive, intermittente, offrant des exacerbations nocturnes très-marquées, et s'il y a en même temps sensibilité de l'os à la pression; surtout si les os plats, ceux du nez, les os maxillaires, les os du bassin sont le siége des douleurs.

AURUM serait alors le premier médicament auquel il faudrait songer après le mercure, et qu'il faudrait donner de suite, si ce dernier médicament avait été prescrit antérieurement.

IODIUM succéderait à l'or, s'il y avait des engorgements ganglionnaires, si le sujet était scrofuleux, et surtout si les douleurs augmentaient par le mouvement, plus encore que la nuit, au toucher et par la pression, et si elles étaient accompagnées de tremblement des membres.

KALI HYDRIODICUM est le médicament le plus usité en allopathie; on pourrait même dire le plus populaire. Il a cependant aussi ses indications spéciales. Les douleurs auxquelles il répond le mieux sont les douleurs lancinantes et déchirantes des os longs avec sensation de gonflement et douleur de plaie. Il conviendrait

surtout s'il existait d'autres signes de syphilis profonde, et si l'on craignait l'apparition d'une périostose.

Manganum aceticum est très-vivement recommandé par Hahnemann (1). Il s'adresse aux formes les plus variées et son action est souvent heureuse. S'il y avait des douleurs sans aucun autre symptôme concomitant, ce serait certainement à lui qu'il faudrait recourir tout d'abord.

Phosphori acidum est moins important; il ne doit être donné qu'aux sujets scrofuleux, affaiblis et amaigris, quand les douleurs sont tensives, pressives, avec engourdissement.

Asa fœtida, nitri acidum et *salsaparilla* pourraient aussi avoir une valeur réelle.

Asa fœtida serait le plus efficace des trois, surtout si les douleurs étaient superficielles, occupant le périoste ou les os profondément situés, et soulagées par la pression et le frottement; en particulier, si ces douleurs naissaient pendant le repos, mais pour continuer durant le mouvement.

Nitri acidum est rarement efficace s'il n'y a pas d'autres altérations du tissu osseux; c'est surtout un antidote du mercure, par conséquent un moyen de calmer les douleurs mercurielles plutôt que les douleurs syphilitiques.

Salsaparilla s'adresse bien plus aux douleurs rhumatismales qu'aux douleurs ostéocopes; au moins faudrait-il que ces deux espèces de souffrances coexis-

(1) *Traité des maladies chroniques*, généralités sur ce médicam. et sympt., 330 et *pass.*

tassent pour pouvoir compter sur l'efficacité de la salsepareille.

Mode d'administration. — Tous ces médicaments doivent être donnés à des dilutions comprises entre la 18e et la 30e. L'iodure de potassium pourrait seul faire exception ; la 6e et la 12e puissance lui seraient mieux appropriées.

Les globules sont presque toujours suffisants ; on en donne de 4 à 6 dans une potion de 120 grammes ; les gouttes sont utiles quand le sujet est robuste et peu impressionnable à l'action des médicaments.

Les douleurs ostéocopes sont parfois assez aiguës pour qu'il soit utile de chercher à les calmer promptement ; aussi est-on autorisé à répéter les doses assez souvent, de 4 à 6 fois en 24 heures.

Règle générale : il vaut mieux donner le médicament à une dilution élevée et à doses rapprochées, qu'à de longs intervalles et à doses massives. On doit insister sur la même substance aussi longtemps que la guérison fait des progrès et qu'il n'arrive pas de symptômes artificiels ou d'aggravation médicinale.

B.—*Périostose.* Tant que la maladie se borne à une tumeur molle et sensible, MERCURIUS CORROSIVUS est le médicament le plus utile, pourvu qu'il n'ait pas été fait un trop grand abus de *mercure*. Dans le cas contraire, KALI HYDRIODICUM est le seul agent qu'il faille donner, en insistant sur son emploi.

En général, ces deux médicaments améliorent beaucoup l'état du malade. Leur premier effet est de diminuer la douleur, le second est de faire disparaître le

gonflement. Si le sujet est psorique, il est nécessaire de donner le *sulphur* après le *kali hydriodicum*, mais seulement pour quelques jours et à titre d'intercurrent.

ASA FŒTIDA et PHOSPHORI ACIDUM conviendraient si la tumeur était très-sensible; AURUM, si elle occupait les os maxillaires, les os propres du nez et les os de la face.

Staphysagria a été également recommandée par M. de Bœnninghausen (1); sa valeur est cependant secondaire.

Si la tumeur menace de suppurer (périostose phlegmoneuse), KALI HYDRIODICUM peut encore arrêter ce désordre; si la fluctuation est manifeste, *hepar sulphuris*, donné après l'iodure de potassium, aurait encore la puissance de faire résorber le liquide, et, si la suppuration était devenue inévitable, il hâterait la rupture de l'abcès.

Celui-ci une fois ouvert, il s'écoule un pus ichoreux et mal lié; le MERCURIUS SOLUBILIS retrouve ici son importance, et dès le début; son effet est d'arrêter les progrès du mal, de modifier la suppuration, qu'il rend plus normale.

AURUM serait préférable, si la maladie occupait les os de la face, en particulier ceux du palais et du nez.

KALI HYDRIODICUM quand elle existe sur les os longs, surtout lorsque la sécrétion morbide se compose d'un pus âcre, de mauvaise odeur, et que l'ulcération est violacée, noirâtre, qu'elle présente, comme on le dit, un mauvais aspect.

(1) Voy. *Manuel de thérap. homœop.*, traduit par M. Roth, art. *Maladies des os*, p. 208.

MANGANUM ACETICUM devrait succéder à l'iodure de potassium, si les ulcères tardaient à se cicatriser, et qu'ils conservassent les caractères des ulcères gommeux.

Lorsque, au contraire, ces ulcérations ont perdu leur spécificité sous l'influence des médicaments précédents, *silicea* active le travail de réparation et le complète.

Si les douleurs osseuses persistent après la rupture de la gomme, ASA FŒTIDA les calme très-promptement.

Mais la périostose, au lieu de tendre à suppuration, peut, ainsi que je l'ai dit, subir une transformation inverse, c'est-à-dire devenir le siége d'un travail plastique qui va jusqu'à l'ossification.

AURUM, KALI HYDRIODICUM et PHOSPHORI ACIDUM sont les seuls médicaments capables d'arrêter cette tendance de la maladie, et d'amener la résorption de la périostose.

Le mode d'administration de ces médicaments est celui que j'ai indiqué pour les douleurs ostéocopes (p. 541).

C. — *Exostose.* L'exostose non éburnée est la seule qui soit capable d'être modifiée heureusement par la thérapeutique. AURUM, KALI HYDRIODICUM, MERCURIUS CORROSIVUS, MANGANUM ACETICUM, MEZEREUM, PHOSPHORUS, SEPIA, sont les médicaments les plus efficaces en pareil cas.

AURUM, au début de la maladie, pour les exostoses douloureuses, surtout celles de la face, du sternum, des côtes.

KALI HYDRIODICUM, pour toutes les exostoses, quel

que soit leur siége, pourvu que la diathèse soit invétérée, qu'il y ait eu ou qu'il y ait encore des signes de syphilide profonde ou d'ulcérations destructives des membranes muqueuses.

Mercurius corrosivus, surtout si la maladie occupe le tibia, le sternum, les côtes, et *qu'on ait lieu de croire à une complication de scrofule ou de psore.*

Manganum aceticum si l'exostose est le siége de violentes douleurs lancinantes ; il les calme toujours, mais laisse le gonflement debout.

Mezereum convient s'il a été fait un long usage du mercure, et aussi pour les exostoses des os longs, qu'elles existent sur les membres supérieurs ou les membres inférieurs, surtout si le sujet est scrofuleux.

Phosphorus pourrait être donné dans le même cas, mais après *mezereum.*

Sepia convient surtout aux femmes et pour les exostoses des os longs.

La guérison d'une exostose, quand elle peut être obtenue, est toujours une œuvre de patience ; il faut insister longtemps sur chaque médicament, en changeant successivement les dilutions et en laissant des intervalles de repos. Du reste, le mode d'administration est celui que j'ai indiqué plus haut.

Les exostoses éburnées résistent aux médicaments ; tout ce qu'il est possible d'obtenir, c'est la cessation des douleurs dont elles sont le siége, *aurum, manganum aceticum* et *asa fœtida* les font parfaitement cesser.

D. — *Carie et nécrose.* Les médicaments réellement

appropriés à ces formes morbides sont : AURUM, ARSENICUM, ASA FŒTIDA, KALI HYDRIODICUM, MERCURIUS BIIODATUS.

AURUM, lorsque la maladie occupe les os propres du nez, les os palatins, le sternum, les côtes.

ARSENICUM, si l'ulcère sécrète un pus ichoreux, et qu'il soit le siége de douleurs brûlantes et lancinantes.

ASA FŒTIDA, quand la suppuration est abondante, de mauvaise odeur et que les douleurs nocturnes sont très-aiguës.

KALI HYDRIODICUM, s'il existe des signes de périostose et d'exostose, et que l'ulcère affecte la forme fistuleuse.

MERCURIUS BIIODATUS a été recommandé surtout pour la carie des os du visage ; il serait indiqué s'il existait une syphilide tuberculeuse en même temps que la maladie des os.

La carie et la nécrose étant toujours précédées d'une affection du périoste ou du tissu osseux, ou encore, d'une maladie des membranes muqueuses, il sera possible de les éviter en traitant convenablement les affections qui les précèdent.

Du moment qu'elles sont établies, les médicaments que je viens de passer en revue modifient l'ulcère osseux et celui des parties molles d'une manière favorable ; mais comme ces altérations se montrent presque toujours chez des sujets de constitution scrofuleuse, il est rare qu'on ne soit pas obligé d'administrer le *sulphur* à titre d'intercurrent. Ce médicament serait indiqué si les plaies restaient blafardes et qu'elles ne parussent pas se modifier sous l'influence des médicaments qui précèdent.

Il n'y a rien à dire de spécial sur l'administration de ces derniers médicaments; les détails que j'ai donnés (p. 541) seront très-suffisants.

C'est surtout dans le cas de carie et de nécrose que la chirurgie est appelée à intervenir, d'abord pour faire un pansement convenable, ensuite pour extraire les séquestres, quand une fois ils sont formés. Le trépan a même été appliqué quelquefois avec avantage lorsque les os du crâne étaient atteints.

Les détails et les indications relatives à ces opérations diverses étant consignés dans tous les ouvrages de chirurgie, il serait vraiment superflu d'y insister.

Ce qu'il faut bien retenir seulement, c'est que tous les médicaments seraient incapables de cicatriser les parties molles si les séquestres n'étaient extraits à temps où éliminés.

Enfin, la plaie étant modifiée, couverte de bourgeons charnus de bonne nature, la sécrétion franchement purulente étant établie, SILICEA serait très-utile pour hâter et compléter le travail de cicatrisation.

§ VIII.

SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX.

L'existence des affections syphilitiques du système nerveux est aujourd'hui incontestée; malheureusement, les caractères de ces formes de la vérole sont encore très-mal définis.

En tenant compte de leur expression symptomato-

iogique, on est forcé de les ranger en trois classes : les névralgies, les convulsions et les paralysies. M. Yvaren a cru devoir y ajouter certaines névroses, en particulier la fièvre intermittente, qui, pour le dire en passant, appartient bien davantage à la classe des fièvres, et certains troubles des fonctions intellectuelles, entre autres la manie. M. Vidal, de Cassis, a augmenté cette liste en y joignant la méningite; mais la lecture de la seule observation qu'il rapporte, paraît avoir trait à une complication bien plus qu'à une manifestation de la vérole (1).

Sous le rapport anatomo-pathologique, on a constaté des altérations variables quant à leur siége et quant à leur forme. Les unes occupent les enveloppes des centres nerveux, la dure-mère et la face interne des os du crâne; les autres siégent dans l'épaisseur même du parenchyme nerveux.

On a signalé sur la dure-mère des cicatrices, des épaississements, surtout des gommes; à la face interne des os du crâne, la périostite, l'ostéite, ayant amené un dépôt d'ostéophytes spongieuses et lamelleuses, de trabécules osseux, dont les interstices sont remplies par un liquide jaunâtre, riche en cellules et en corpuscules graisseux, enfin, des gommes paraissant prendre naissance à la surface interne de la dure-mère pour pénétrer, sous forme de tampons, dans le tissu osseux et y déterminer les altérations dont j'ai parlé plus haut à propos de la *carie sèche*.

(1) *Traité des maladies vénériennes*, p. 505.

Des végétations ont été reconnues à la face interne des ventricules, mais chez des sujets qui avaient présenté des productions épigéniques de même ordre sur les organes génitaux; enfin, des oblitérations de vaisseaux importants, entre autres de la carotide cérébrale, oblitérations qui avaient eu pour conséquence directe la cécité et le ramollissement rouge du cerveau, complètent l'énumération des altérations dont je parle.

Dans l'épaisseur du cerveau, on a constaté des kystes, des indurations, des foyers de ramollissement, des collections purulentes, des tumeurs gommeuses, très-difficiles à distinguer des tubercules scrofuleux (1).

On voit par cette énumération combien la spécificité des affections syphilitiques du système nerveux est mal dessinée, et l'on comprend pourquoi M. Yvaren a pu y voir une dissimulation de la syphilis, une métamorphose (2).

Cette expression est impropre évidemment. Ici, il n'y a pas dissimulation, mais imitation; la syphilis ne se métamorphose nullement; elle produit seulement des états morbides analogues à ceux que d'autres diathèses peuvent engendrer. Il n'y a rien là de surprenant.

Les névralgies, les névroses, les maladies convulsives et les paralysies, quand elles appartiennent à la classe des maladies chroniques, et qu'elles ne font pas partie de la vérole, dépendent de la localisation de

(1) Voy. Virchow, p. 134.
(2) *Des métamorphoses de la syphilis*. Paris, 1854.

l'herpétisme ou des scrofules sur les centres nerveux; les symptômes produits en pareil cas sont en rapport avec les fonctions providentiellement dévolues à cet appareil, et comme ces fonctions comprennent les faits de sensibilité générale, de sensibilité spéciale et de motilité, les souffrances de l'axe cérébro-spinal, qu'elles appartiennent à la syphilis ou à une autre diathèse, doivent comprendre des lésions de sensation qui varient depuis la douleur la plus légère jusqu'à la névralgie la plus atroce; des convulsions qui vont du simple tremblement à la chorée la plus intense et aux accès épileptiformes les plus violents; et des paralysies qui débutent par une simple faiblesse et atteignent jusqu'à l'anéantissement du mouvement et de la sensibilité.

Si l'on tient compte du grand nombre d'altérations pathologiques dont ces symptômes fonctionnels sont souvent la conséquence, si l'on se rappelle combien la spécificité de ces lésions organiques est mal précisée, on concevra que ces affections soient souvent l'effet d'une diathèse complexe, ainsi que je l'ai établi en parlant de la *syphilis larvée* (1).

Un fait cependant ressort de l'observation générale, c'est que le virus syphilitique, qu'il agisse seul, ou qu'il soit accompagné d'un autre virus, peut engendrer des névralgies, des maladies convulsives et des paralysies, dont il reste à rechercher les caractères.

Les *névralgies* occupent le centre nerveux ou quel-

(1) Voy. p. 120.

que partie de cet appareil. Dans le premier cas, il donne lieu à la céphalalgie et à la céphalée, deux affections qui diffèrent seulement en raison de leur acuïté.

Fixé sur quelque cordon nerveux, il y fait naître des névralgies qui ont été dénommées en raison de leur siége, et parmi lesquelles on a signalé : le tic douloureux, la névralgie oculo-syncipitale, la névralgie intercostale, brachio-mammaire, sciatique, etc.

Quel que soit le siége de la maladie, celle-ci offre un caractère distinctif unique, c'est d'augmenter la nuit et souvent aussi de cesser complétement pendant le jour, pour reparaître dès que le soir arrive.

C'est là le seul caractère diagnostique important que présentent les névralgies syphilitiques, celui qui doit mettre sur la trace de leur véritable nature. L'existence d'accidents primitifs irrécusables, la présence de symptômes réellement syphilitiques confirment l'opinion qu'on s'était faite d'abord.

Pour la céphalée, le diagnostic offre une autre difficulté, c'est de déterminer si la maladie occupe le centre nerveux lui-même, ou si elle est localisée sur le péricrâne ou à la surface des os. Dans le premier cas, il s'agit en réalité d'une maladie nerveuse; dans le second, on a affaire à une douleur rhumatoïde; dans le troisième, à une périostite ou à une ostéite.

Ce qui distingue la véritable céphalée nerveuse, ce sont ses retours par accès, la facilité avec laquelle elle se déplace et l'absence de sensibilité à la pression.

Pour les autres névralgies, le siége même de la

douleur, sa direction, qui est celle des rameaux ou des troncs nerveux suffisent à indiquer son véritable siége.

Parmi les *affections convulsives*, l'épilepsie est la plus fréquente. Ses symptômes sont ceux de l'épilepsie non vénérienne, les seuls signes distinctifs seraient, d'après M. Yvaren :

1° L'absence des causes ordinaires accidentelles de cette affection ; mais ces causes sont assez mal définies pour que ce signe ait peu de valeur ;

2° L'apparition de la maladie à un âge beaucoup plus avancé que celui où elle éclate ordinairement (de 20 à 40 ans) ;

3° Le retour des paroxysmes, la nuit : ce signe n'est pas absolu puisqu'il a manqué huit fois sur onze ;

4° Surtout « la présence simultanée des symptômes reconnus propres à la vérole, » d'une céphalée nocturne, d'une carie des os, d'ulcères ou de taches syphilitiques, de tumeurs gommeuses, d'engorgements ganglionnaires, d'iritis, etc. ;

5° L'existence antérieure de symptômes primitifs caractéristiques ;

6° Enfin, et seulement comme signe confirmatif, le succès du traitement (1).

La grande difficulté diagnostique est ici de rattacher l'existence des accès épileptiques à l'altération de texture d'où elles dépendent.

Lazerme (2) les rapporte à une tumeur gommeuse, aux tubercules syphilitiques des méninges ou du

(1) Voy. *Métamorphoses de la syphilis*, p. 108 et *passim*.

(2) Lazerme, *Tractatus de morbis internis capitis*, p. 270.

cerveau, à des exostoses de la face interne du crâne. Frank (1) soutient que la syphilis paraît difficilement produire « l'épilepsie par une action directe sur le « système nerveux, mais bien d'une manière indirecte, « en déterminant la carie, l'exostose et les produc- « tions tophacées qui, sur plusieurs points, peuvent « agir sur la pulpe nerveuse. »

Il est facile de prévoir d'après cela que le diagnostic sera toujours incomplet, le médecin ne pouvant déterminer d'une manière exacte s'il existe à la face interne du crâne une exostose ou une gomme, et si ces tumeurs se trouvent en dehors du cerveau ou au centre des hémisphères. Sans doute, leur présence sur un autre point de la surface du corps pourra faire soupçonner l'existence de semblables lésions à la face interne de la cavité crânienne, mais elle ne permettra pas de l'affirmer.

La même difficulté se présentera pour la chorée et le tétanos, admis par M. Yvaren, et dont la véritable espèce se reconnaîtrait aux mêmes signes distinctifs que l'épilepsie. Elle se trouve aussi tout entière pour les *paralysies*.

Celles-ci se reconnaissent à leur développement graduel, surtout à l'existence de symptômes concomitants bien caractérisés. J'ai rappelé plus haut combien étaient nombreuses les altérations capables de leur donner naissance, altérations qui varient depuis la simple périostose jusqu'à l'oblitération de la carotide cérébrale.

(1) J. Frank, t. III, p. 361.

Un fait ressort de l'énumération que j'ai donnée plus haut, c'est qu'en cas de paralysies syphilitiques les symptômes nerveux sont secondaires, qu'il s'agit bien plus alors d'une maladie des os, d'une tumeur gommeuse, que d'une affection réellement nerveuse quant à son siége et quant à ses lésions anatomiques. Il n'y aura donc pas lieu de s'étonner s'il nous faut chercher les médicaments curatifs parmi ceux qui conviennent aux gommes et aux maladies syphilitiques des os, et non parmi ceux qui guérissent d'ordinaire les paralysies.

Traitement. — Ainsi qu'on a pu le voir, la névralgie syphilitique est le plus souvent un symptôme appartenant à un état plus général; il est rare qu'elle puisse par elle-même fixer le choix du médicament.

Quand elle coïncide avec une syphilide, cette dernière est réellement déterminante; s'il s'agit d'une affection des muscles ou des os, celle-ci est également caractéristique relativement à l'agent qu'il convient d'employer.

Il resterait donc seulement le cas où la névralgie existe seule, cas très-rare ainsi qu'on l'a pu voir par la statistique de M. Yvaren.

C'est seulement dans les premiers temps de la vérole qu'il en est ainsi; et la névralgie affecte le plus souvent alors la forme de céphalée nocturne, laquelle est fréquemment accompagnée d'une chaleur fébrile avec légère accélération du pouls.

Mercurius solubilis réussit d'ordinaire, à lui seul, à faire cesser la douleur et la fièvre; il faut seulement

le donner à doses souvent répétées, toutes les quatre heures, par exemple.

Si le mercure ne suffit pas, LACHESIS administré ensuite, et de la même manière, complète la guérison.

Il m'est arrivé sur deux femmes que le mercure avait soulagées, d'obtenir une guérison complète avec la SEPIA. Celle-ci était donnée à la 30e dilution, à la dose de 4 à 6 globules dissous dans 120 grammes d'eau, potion dont ces malades prenaient 3 cuillerées par jour. La symptomatologie de ce médicament justifie complétement son choix.

Ces trois substances sont à coup sûr les plus efficaces; mais quelques autres peuvent être encore employées.

Ce sont :

Aurum quand le malade éprouve une douleur de brisement, douleur assez vive pour exciter des moments de rage, des bruissements dans les oreilles, et pour altérer la mémoire, surtout si ces douleurs augmentent à la suite d'un travail intellectuel;

Conium si les douleurs sont déchirantes ou lancinantes, se faisant sentir la nuit seulement;

Iodium lorsque le malade accuse des élancements avec sensation de tension et des déchirements pulsatifs, se faisant particulièrement sentir à la région frontale et au niveau des tempes, ou s'il existe une sensation de fouillement et de compression avec chaleur à la tête et au visage. Ce médicament réussirait surtout s'il y avait en même temps des ganglions lymphatiques indurés ou quelque symptôme du côté du périoste ou des os;

Mezereum est mieux approprié au tic douloureux qu'à la céphalée, si la névralgie est accompagnée de salivation, avec douleur de brûlure dans la gorge et rougeur du pharynx ; .

Staphysagria s'adresse à la prosopalgie composée de douleurs pressives et pulsatives, se faisant sentir au niveau de l'os jugal pour s'étendre jusqu'aux dents, avec élancements aigus, sensation de tiraillement, de déchirure, de brûlure et de gonflement, froid des mains et sueur du visage;

Thuja si les mêmes douleurs viennent franchement la nuit et sont accompagnées de palpitations musculaires.

Ces médicaments doivent être administrés à la 24e ou à la 30e dilution, en globules, et à des intervalles assez rapprochés, de trois à six fois en vingt-quatre heures.

Maladies convulsives. — Les convulsions épileptiques dont M. Yvaren rapporte l'histoire, ont toutes été modifiées heureusement par le mercure, donné à plusieurs reprises sous la forme de sublimé. Ce médicament a souvent suffi à la guérison; dans le cas où il n'a pu que soulager, le kali hydriodicum a complété la cure.

Les symptômes de la maladie et les effets pathogénétiques de ces médicaments expliquent leurs succès. Les affections convulsives dues à la syphilis étant l'effet de la présence d'une exostose, d'une périostose interne ou d'une tumeur gommeuse, il n'est pas surprenant que les substances capables de guérir les gom-

mes et les maladies des os puissent être utiles. On trouve en outre dans les effets pathogénétiques des mercuriaux et du kali hydriodicum des symptômes de convulsions parfaitement caractérisés.

Il ne faut pas oublier non plus que toutes les épilepsies syphilitiques n'ont pas guéri, ainsi qu'il résulte des observations dans lesquelles l'autopsie a pu être pratiquée ; qu'ainsi il ne suffit pas de pouvoir rapporter ces affections à la syphilis, pour être en droit de porter un pronostic favorable. On ne doit espérer d'en triompher que dans le cas où les altérations organiques elles-mêmes peuvent être détruites.

Ce sera parmi les médicaments que j'ai indiqués à l'article des *Tumeurs gommeuses* (p. 437) et à celui des *Maladies des os* (p. 538) qu'il faudra choisir. Quant aux signes distinctifs qu'on pourra tirer des caractères propres aux convulsions elles-mêmes, qu'il s'agisse de l'épilepsie, de la chorée ou du tétanos, ils sont trop mal précisés encore pour qu'on puisse rien dire d'utile à leur sujet. Il faudra seulement individualiser chacune des formes dont on sera témoin, en prenant pour point de départ les symptômes des os, des membranes muqueuses ou de la peau, bien plus que ceux de la convulsion elle-même.

Ces réflexions s'appliquent de tous points aux *paralysies*. C'est surtout aux médicaments qui conviennent aux maladies des os et aux gommes qu'il faut s'adresser pour les guérir. Et comme le diagnostic pathologique se pose surtout à l'aide des symptômes concomitants, c'est également par ces derniers que le choix

du médicament pourra être décidé. Il serait impossible de rien dire de plus à ce sujet.

§ IX.

SYPHILIS DES PARENCHYMES.

A. — Iritis. — Le malade qui doit être atteint de l'iritis, éprouve tout d'abord un malaise général avec céphalalgie. Cette douleur se localise surtout du côté où la congestion va se faire; elle s'étend à l'œil lui-même.

Celui-ci ne tarde pas à rougir ; la photophobie se caractérise et, en même temps, la vue se trouble.

D'après M. Sichel (1), l'iritis syphilitique présenterait les caractères anatomiques suivants :

1° Changement de couleur du petit cercle iridien, lequel prend une teinte rouge, cuivrée ou violacée, teinte qui s'étend au grand cercle, lorsque la maladie s'est beaucoup accrue. « Lorsque le petit cercle se com-« pose à l'état sain de deux anneaux concentriques, « ces deux anneaux se confondent d'ordinaire et n'en « forment plus qu'un seul. »

2° Ce petit cercle se gonfle, et paraît être épaissi par une couche tomenteuse ou floconneuse. Cette couche se répand sur toute la surface du petit cercle, ou, au moins, sur une partie très-étendue.

3° Plus tard, se forment sur l'iris, surtout sur le petit cercle, des élévations d'une teinte jaunâtre ou rou-

(1) *Iconographie ophthalmologique*, p. 120 et *passim*, et planche XIII.

geâtre, larges de 2 à 3 millimètres au plus, arrondies ou ovalaires, pouvant faire une saillie de 1 à 2 millimètres. Ces tumeurs sont souvent recouvertes d'un réseau vasculaire d'un rouge clair ou sombre, leur donnant un aspect cuivré et tomenteux. Beer considère ces tumeurs comme appartenant à la classe des *condylomes*, M. Sichel en fait des *végétations vasculaires*, M. Virchow (1) serait disposé à les considérer comme de nature gommeuse, tandis que M. Ricord admet qu'elles peuvent être pustuleuses ou tuberculeuses (2).

Ce qui donnerait raison à l'opinion de M. Virchow, c'est qu'en abandonnant à elles-mêmes ces prétendues végétations, on voit un point jaunâtre se former à leur surface, surtout vers le centre, se transformer en un véritable abcès qui se rompt, verse son contenu dans la chambre antérieure, constituant ainsi une suppuration qui peut compromettre la vue d'une manière durable. Or, on ne voit point les végétations suppurer de cette manière quand elles existent sur une autre membrane que l'iris, tandis que l'on voit fréquemment les tumeurs gommeuses se ramollir et suppurer.

Convenablement traitée, cette tumeur est susceptible de résorption ; dans ce cas, elle s'affaisse peu à peu et finit par disparaître, l'iris reprenant ensuite sa teinte normale.

On voit aussi, dans le cours de l'iritis, des exsudations albumineuses se former sur la marge de l'iris, s'étendre sur la face antérieure du cristallin, des adhé-

(1) *Loc. cit.*, p. 146.
(2) *Iconographie*, pl. XXVI *quater*, et XXVIII.

rences s'établir avec la membrane cristalline antérieure.

Dans toutes ces circonstances, la pupille se déforme, devient ovalaire et anguleuse, ayant très-souvent son grand axe dirigé en haut et en dedans.

Les symptômes locaux de l'iritis se réduisent donc à une injection de la cornée et surtout de la sclérotique, à une modification dans la forme de l'ouverture pupillaire et dans les mouvements de l'iris, à la production d'une lymphe plastique ou de tumeurs gommeuses, enfin au trouble de la vue et à la douleur qui se fait sentir au pourtour de l'œil et dans le globe oculaire lui-même, douleur tantôt sourde et obtuse, tantôt très-aiguë, surtout au niveau de la région frontale et de l'arcade sus-orbitaire.

En tenant compte des symptômes décrits par M. Sichel, on reconnaîtrait une iritis superficielle, une iritis parenchymateuse et une iritis gommeuse : la première caractérisée par le changement de couleur de l'iris et le trouble de la vision ; la seconde, par le gonflement tomenteux de l'iris ; la troisième, par la tumeur dont j'ai donné la description.

La forme superficielle n'est point nécessairement suivie des deux autres ; toutes trois peuvent cependant se succéder.

L'iritis est une maladie grave en raison des lésions qui la constituent, et aussi à cause des déformations permanentes qui lui succèdent.

Les altérations de l'iris peuvent exister sans qu'aucune des autres membranes de l'œil soit altérée. Cependant, la sclérotique est presque toujours alors le

siége d'une abondante vascularisation, la conjonctive elle-même est injectée.

M. Sichel attribue ces deux congestions à une complication rhumatismale, qui précéderait souvent l'iritis elle-même.

Traitement. — Lorsque la maladie est à son début et qu'elle existe plutôt à titre de sclérotite et de conjonctivite qu'à titre d'iritis, *aconit* et *belladone* peuvent servir à dissiper la congestion et à effacer, dès le début, une complication fâcheuse.

L'*aconit* doit être donné en premier lieu, à la 12e dilution et à la dose de 6 globules à une goutte, dans une potion de 125 grammes. On en fait prendre une cuillerée de 3 en 3 heures. Ce médicament convient surtout quand la congestion s'accompagne d'un mouvement fébrile marqué. On ne doit pas le donner pendant plus de 24 heures.

Belladone vient ensuite, surtout quand la photophobie est intense et les douleurs sus-orbitaires assez vives. On la fait prendre, comme aconit, pendant 24 à 48 heures.

L'iritis une fois caractérisée, MERCURIUS SOLUBILIS et MERCURIUS CORROSIVUS sont les premiers médicaments auxquels il faille recourir. On les distingue surtout par les symptômes concomitants; le *mercurius solubilis* étant préférable quand il existe des syphilides superficielles, et le *mercurius corrosivus* s'il existe quelque ulcère profond sur les muqueuses. Chacun de ces médicaments doit être prescrit à la 18e ou à la 24e dilution, en globules ou en gouttes. Si la marche de la maladie est rapide, ils doivent être répétés de 3 à 4 fois dans les 24 heures.

Le mercure améliore presque toujours la maladie, mais il est en général insuffisant. THUJA est alors le médicament le mieux indiqué; on le donne comme le mercure. Il est souvent utile d'y insister pendant 5 à 6 jours, en laissant au malade des intervalles de repos qui ne dépassent jamais 24 heures.

S'il y avait quelque complication psorique, *sulphur* pourrait être un intercurrent utile; dans tous les cas, NITRI ACIDUM doit succéder au thuja, quand la photophobie résiste à ce dernier médicament.

L'iritis devient-elle *parenchymateuse*, les médicament qui précèdent suffisent souvent à la guérir; le LACHESIS est le seul agent qu'on puisse ajouter à la liste précédente.

S'il se forme une des tumeurs gommeuses dont j'ai parlé, KALI HYDRIODICUM et IODIUM deviennent très-efficaces : il faut les donner comme les mercuriaux.

Enfin, les tumeurs et les symptômes congestifs externes étant dissipés, mais la pupille restant irrégulière, contractée, la cornée et surtout le cristallin étant légèrement troubles, *belladona* est le médicament le plus capable de faire cesser tous ces symptômes.

Le fait suivant complétera les indications relatives au traitement de l'iritis.

VIe OBSERVATION. — M. E....., 40 ans, employé, forte constitution, tempérament sanguin, a eu plusieurs accidents primitifs, chancres et gonorrhées. Le dernier remonte, selon le dire du malade, à plusieurs années. Assez insouciant d'ordinaire, ce monsieur ne

peut préciser les dates des infections qu'il a subies et leur ordre d'importance.

M. E..... se croyait à l'abri de tout accident, lorsque, étant aux bains de mer, dont il avait pris un grand nombre, il vit son corps se couvrir tout à coup d'une roséole parfaitement caractérisée et très-générale.

Le lendemain, l'œil droit devint rouge, larmoyant. Il y eut de la chaleur fébrile, de la courbature avec faiblesse et anorexie.

Ce malade se hâta de venir me trouver, sans employer aucun autre traitement. La roséole occupait la poitrine et le ventre, les taches étaient très-abondantes et d'un rouge assez prononcé.

L'œil droit présentait les symptômes suivants : conjonctive légèrement arborisée; sur la sclérotique réseau vasculaire foncé, empiétant sur la cornée; celle-ci paraît un peu trouble. Petit cercle de l'iris d'une teinte plus rouge que celui du côté opposé ; irrégularité de la pupille qui est ovale transversalement. Épiphora léger, photophobie. Douleurs sus-orbitaires intenses.

5 août 1857. — Prescription : mercurius solubilis, 18e dil. goutte j., dans 120 gr. d'eau alcoolisée, 3 cuillerées par 24 heures.

7. — La roséole a diminué d'intensité ; même état de l'œil.

Thuja occidentalis, 24e dilut., goutte j., donné comme le mercure.

9. — Mieux de l'œil ; le petit cercle iridien est moins rouge, la pupille plus régulière, la cornée moins trouble. La roséole a beaucoup pâli.

Thuja occident., 18e dilut., goutte j. comme ci-dessus.

11. — L'amélioration continue.

Thuja, 12e dilut., goutte j. dans 250 gr. d'eau, 3 cuillerées par jour.

18. — Très-bien; l'œil n'est plus rouge; la pupille est presque régulière; le cercle iridien a repris sa teinte normale (d'un bleu ardoisé). La roséole a presque disparu.

Pas de médicament.

25. — Même état.

Nitri acid., 18/6 globules.

Donné comme la dernière potion de thuja.

1er septembre. — Très-bien sous tous les rapports.

Sulph. trit., 30/5 globules dans 120 gr. d'eau, 2 cuillerées à bouche par jour.

8. — Il ne reste plus rien d'apparent; seulement l'œil se fatigue très-vite quand le malade veut écrire; les mouvements de la pupille sont lents; celle-ci est presque toujours dilatée; la conjonctive rougit et l'épiphora se manifeste dès que M. E... veut se forcer à lire pendant une demi-heure.

Atropa belladona, donnée successivement à la 12e, à la 18e, à la 24e et à la 30e dilution, avec des intervalles de repos de 6 à 8 jours entre chaque potion, diminua graduellement cette susceptibilité, et le malade put reprendre peu à peu ses occupations, qui consistaient à écrire pendant 8 à 10 heures par jour.

B. — *Phthisie syphilitique.* Y a-t-il une phthisie réellement syphilitique? en quoi consiste-t-elle? Telle

est la question que les spécialistes ont dû se poser souvent et à laquelle une réponse précise peut être faite aujourd'hui.

Oui, il y a une phthisie syphilitique, et cette maladie est le résultat de la production d'une matière gommeuse dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire. Tantôt cette matière gommeuse est réunie en masses circonscrites, tantôt elle existe à l'état d'infiltration. On la trouve souvent sous la forme de noyaux durs plus ou moins volumineux, jaunâtres ou verdâtres, ou encore à l'état de ramollissement et de suppuration.

On rencontre bien aussi de véritables tubercules chez les syphilitiques, mais ce fait est le résultat d'une complication et non l'effet de la diathèse vénérienne seule.

Si les recherches de MM. G. Lagneau, Ricord, Vidal de Cassis, Gubler, Virchow, etc., ont mis le fait précédent hors de doute, si elles ont permis de bien distinguer la phthisie syphilitique de la phthisie tuberculeuse au point de vue anatomique, elles ont laissé l'histoire symptomatologique de la première dans un vague désespérant.

Ces deux maladies sont loin, en effet, de se séparer par leurs signes fonctionnels comme elles le sont par leurs altérations anatomiques. La toux, l'oppression, la matité circonscrite, la respiration bronchique au niveau des points indurés, la respiration puérile dans les parties environnantes; plus tard, quand la tumeur se ramollit, le gargouillement et les craquements; l'expectoration purulente, l'amaigrissement, les sueurs nocturnes; enfin, les signes de la con-

somption, constituent toujours les symptômes de la maladie. Aussi est-ce toujours par les souffrances concomitantes que le diagnostic a été posé : ici, par une tumeur de la clavicule, là par des cicatrices évidentes de rupia (1). Les antécédents ont été aussi d'une grande valeur pour lever tous les doutes.

Le diagnostic de la phthisie syphilitique est donc encore à faire : sa thérapeutique est aussi très-mal esquissée. Tout ce qu'il est possible de dire, c'est qu'il faut chercher son médicament parmi ceux qui conviennent aux tumeurs gommeuses, et l'individualiser à l'aide des symptômes concomitants.

C. — *Ictère.* L'ictère est un symptôme assez commun chez les syphilitiques; tantôt il se présente comme épiphénomène passager, tantôt comme symptôme permanent.

Il serait impossible de dire à quelles altérations anatomiques il se rattache dans le premier cas; dans le second, on a reconnu des lésions variables, pouvant occuper soit la surface de l'organe (périhépatite), soit l'épaisseur même de son parenchyme (hépatite).

Dans la *périhépatite*, on trouve une éruption de grains miliaires, ressemblant à des verrues très-petites; en même temps, la capsule fibreuse qui entoure le foie s'épaissit, devient calleuse, et forme des adhérences avec le diaphragme, plus rarement avec le côlon.

(1) Vidal, de Cassis, p. 517.

Dans l'hépatite, on constate deux ordres d'altérations : l'induration et la gomme.

Dans le cas d'induration, on trouve à la surface du foie des dépressions radiées, auxquelles s'insèrent des brides ligamenteuses. A la coupe, on reconnaît, au niveau des parties déprimées, un épaississement notable de la capsule fibreuse, et, dessous, une masse dure, épaisse, d'un blanc éclatant, très-résistante, qui pénètre dans le parenchyme en respectant les canaux biliaires et sanguins. Si la maladie a pris un plus grand développement, il se fait des thrombus, qui finissent par s'organiser, tandis que les canaux biliaires sont aplatis, puis oblitérés. Dans ce cas, il y a ascite en même temps qu'ictère. Ces indurations syphilitiques sont les seules qui ne suivent pas les ramifications de la veine porte.

Dans le cas de dégénérescence gommeuse, on trouve dans l'épaisseur du foie des masses jaunes, dures, dont la partie centrale est formée par des granules graisseux, des noyaux et des cellules compactes. Ces granules sont contenus dans une trame fibreuse ; selon M. Virchow, ils ne seraient pas indurés.

Il arrive souvent de trouver, à côté de ces masses gommeuses, des dégénérescences qui se rapprochent beaucoup du cancer ou de la cirrhose.

Les symptômes des affections syphilitiques du foie sont très-imparfaitement connus. M. Ricord (1) parle de douleurs analogues aux coliques hépatiques ;

(1) *Iconographie.*

M. Virchow, d'ascite et d'ictère. Mais ce sont là des caractères qui appartiennent à un grand nombre d'affections hépatiques graves, et qui ne peuvent rien pour établir leur caractère différentiel.

Aussi est-ce toujours par la connaissance des antécédents et des symptômes accessoires, qu'on est arrivé à reconnaître, pendant la vie, les affections syphilitiques du foie. Encore est-il juste de dire qu'on n'a jamais pu distinguer s'il s'agissait d'une périhépatite ou d'une hépatite, d'une gomme ou d'une induration.

Traitement. — Le choix du médicament doit être d'autant moins précis, que les données pathologiques nous font défaut.

Quand il s'agit d'un ictère passager, survenant pendant les premiers jours de la vérole, MERCURIUS SOLUBILIS et MERCURIUS VIVUS sont toujours employés avec succès.

S'ils restent insuffisants, il faut choisir les autres médicaments en raison des symptômes qui existent du côté de la peau, des muqueuses ou du système osseux.

Quand l'ictère accompagne des formes avancées de la syphilis constitutionnelle, on doit présumer l'existence d'altérations profondes du foie, et choisir le médicament en raison des autres symptômes causés par la diathèse. Si les formes de la vérole sont superficielles, il faut pencher pour une périhépatite et recourir aux mercuriaux.

D. — *Gommes du cœur.* Des tumeurs gommeuses

ont été reconnues dans l'épaisseur des parois du cœur. M. Ricord, dans son *Iconographie* (1), et M. Virchow, en ont rapporté des exemples.

Comme altérations anatomiques, ces tumeurs ne diffèrent pas des autres gommes; comme symptômes locaux, elles n'offrent rien qui les différencie des autres maladies organiques du centre circulatoire.

Dans le fait observé par M. Ricord, la mort eut lieu subitement.

Il est facile de comprendre qu'il soit impossible d'indiquer aucun médicament pour une affection si mal connue.

E. — *Sarcocèle syphilitique.* Il n'en est pas de même, assurément, des affections syphilitiques du testicule, affections sur lesquelles on a beaucoup discuté et qui ont été le sujet de nombreuses études.

Celle qui a reçu le nom de *Sarcocèle* se compose d'une augmentation de volume et de consistance d'un testicule, souvent des deux, sans changement de couleur à la peau, sans douleur, causant seulement une sensation de gêne due à l'augmentation de poids de l'organe affecté.

L'induration syphilitique débute par l'extrémité libre du testicule; l'épididyme et le cordon y restent étrangers; c'est même là ce qui sépare le testicule vénérien de l'orchite blennorrhagique consécutive. Cette induration commence par la tunique albuginée, s'étend au parenchyme testiculaire lui-même, écarte

(1) Pl. XXIX.

les canaux séminifères, les comprime et finit par les atrophier.

Le sarcocèle syphilitique n'est jamais très-gros. Il est rare qu'il acquière un volume double de celui de la glande. Il est bosselé. Ces bosselures existent dans l'épaisseur de la tunique albuginée, sont irrégulières, arrondies, couvertes parfois d'aspérités saillantes.

Une certaine quantité de liquide s'épanche dans la tunique vaginale, formant ainsi une hydrocèle symptomatique.

L'albuginite syphilitique se résout ou dégénère en tissus fibreux et cartilagineux, voire même osseux (1), mais elle ne suppure jamais.

Il y a une autre terminaison de cette maladie, terminaison très-redoutée des malades, c'est l'*atrophie ;* elle tient à ce que, les parties indurées ayant disparu, le parenchyme testiculaire reste avec les altérations qu'il avait antérieurement subies.

Au point de vue anatomique, on peut dire que le sarcocèle syphilitique occupe tout d'abord la tunique albuginée qui s'épaissit et contracte des adhérences avec les parties voisines. Lorsque le parenchyme est atteint, on y trouve des épaississements partiels, qui, débutent par une congestion du tissu interstitiel, se transforment en une masse rougeâtre, laquelle s'épaissit, devient tendineuse et prend une coloration blanc bleuâtre.

Ce tissu écarte les canalicules séminifères dont l'é-

(1) Diday, *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines de la syphilis*, p. 498.

pithélium se détruit en subissant la métamorphose graisseuse. Ces canalicules s'atrophient ensuite en raison de la compression qu'ils éprouvent, et, lorsque la couche indurée disparaît, ils ne reprennent pas leur volume : d'où la diminution de l'organe malade.

Si l'induration est étendue, l'atrophie est générale ; si elle est partielle, on constate seulement des dépressions lobulaires au niveau desquelles la tunique albuginée s'épaissit.

On constate encore, dans l'épaisseur du testicule, de véritables gommes : celles-ci forment des tumeurs dures, isolées ou réunies, du volume d'un grain de chènevis à celui d'une cerise. Ces granules sont arrondis, mamelonnés, anguleux, d'une texture homogène ; ils sont secs, durs et colorés en jaune.

Une auréole rougeâtre, traversée par des vaisseaux visibles à l'œil nu, entoure la gomme. Celle-ci est toujours composée de couches subissant la métamorphose graisseuse.

Le diagnostic consiste à distinguer le sarcocèle vénérien : 1° de l'orchite blennorrhagique; 2° du cancer; 3° des affections tuberculeuses.

L'orchite blennorrhagique débute par l'épididyme et respecte la glande elle-même ; elle coïncide avec une blennorrhagie ou la suit de près ; sa marche est aiguë ; elle cause de la douleur et de la fièvre ; les symptômes constitutionnels ne l'accompagnent que dans le cas d'une complication.

Le sarcocèle a un chancre et des symptômes caractéristiques de vérole pour antécédents ; il débute par

le testicule, respecte l'épididyme et le cordon; il ne cause ni fièvre ni douleur; enfin il résiste au traitement antiphlogistique et aux moyens de la médecine rationnelle : ce que bien d'autres affections font aussi.

Le cancer n'occupe jamais qu'un testicule; la syphilis les envahit souvent tous les deux à la fois; au moins la maladie passe-t-elle rapidement de l'un à l'autre. Le cancer envahit le cordon et engorge les ganglions inguinaux; la syphilis les respecte. Le cancer donne des douleurs lancinantes extrêmement aiguës, le sarcocèle est indolent. Enfin l'existence de signes évidents appartenant à la vérole lève tous les doutes.

Le tubercule se forme tout d'abord au centre du testicule, il donne lieu à des bosselures qui semblent faire hernie à travers la tunique albuginée, et adhèrent très-promptement au scrotum. Le sarcocèle tuberculeux suppure rapidement, donne naissance à un pus caractéristique; paraît dans l'enfance plutôt que dans l'âge mûr. Le sarcocèle ne contracte pas d'adhérence avec la peau, ne suppure jamais, et paraît seulement à l'âge où l'on contracte la syphilis.

Enfin, le testicule syphilitique se montrant toujours à une période assez avancée de la vérole, entre les accidents secondaires et les symptômes tertiaires, est toujours précédé et accompagné de signes évidents de syphilis. Lorsque la tumeur gommeuse a pris naissance dans le tissu cellulaire sous-scrotal, elle suppure facilement, ce qui n'arrive jamais avec la gomme du parenchyme testiculaire.

Traitement. — Le sarcocèle syphilitique existant rarement seul, les symptômes qui l'accompagnent sont presque toujours déterminants pour le choix du médicament. Celui-ci sera donc pris parmi les substances que j'ai indiquées en parlant des syphilides, des affections des membranes muqueuses, des os, etc.

On peut dire toutefois que, parmi ces substances mêmes, MERCURIUS, AURUM, IODIUM, MEZEREUM, KALI HYDRIODICUM sont les plus efficaces. Parmi les mercuriaux, le MERCURIUS SOLUBILIS, le MERCURIUS CORROSIVUS et le MERCURIUS BIIODATUS sont les plus utiles. Les symptômes accessoires peuvent seuls permettre de les distinguer.

Les préparations mercurielles conviennent seulement au début de la maladie; après elles, il faut donner AURUM, surtout s'il existe quelques-unes des affections des os auxquelles l'or convient. IODIUM et KALI HYDRIODICUM répondent à l'induration testiculaire, accompagnée de symptômes profonds de la vérole.

MEZEREUM serait utile après les médicaments qui précèdent, surtout s'il a été fait abus de mercure.

Enfin, il y a encore deux substances : *belladone* et *sulphur*, qui peuvent être très-efficaces comme intercurrents. *Belladone* quand la tumeur est très-dure et sensible à la pression; *sulphur* quand le sujet est lymphatique ou psorique.

Aurum et *iodium* seraient encore les médicaments à employer dans le cas d'hydrocèle concomitante (1).

(1) Rückert, *Klinische Erfahrungen in der Homœopathie*, t. II, p. 203-215.

Mode d'administration. — Le sarcocèle syphilitique ayant toujours une marche lente, il faut employer les dilutions élevées (18 à 30), donner des globules et ne répéter les doses que 1 à 3 fois dans les 24 heures. Sans condamner le malade à un repos absolu, il ne faut pas lui permettre des marches trop prolongées.

Quelques auteurs ont encore signalé l'ovarite, la néphrite syphilitiques et l'induration de l'utérus; mais ces affections sont encore trop mal connues quant à leurs symptômes, pour qu'il soit possible de rien dire d'utile relativement à leur traitement.

Je terminerai donc ici ce qui a trait à la description de la diathèse syphilitique, me bornant à une dernière remarque au sujet de sa thérapeutique.

En décrivant les différentes formes morbides auxquelles la vérole donne naissance, j'ai dû les étudier séparément ; cette méthode était la seule qui pût me permettre de bien préciser les caractères de chacune d'elles. Mais au lit du malade, ces groupes de symptômes sont le plus souvent réunis; il sera donc indispensable, pour choisir les médicaments appropriés, de comparer entre eux les différents articles dans lesquels ces formes morbides ont été passées en revue. Ce qu'il faut bien se rappeler, c'est que les agents homœopathiques sont indiqués par l'*ensemble des symptômes*, et non pas par quelques-uns d'entre eux pris séparément.

Quant à l'avortement, le seul moyen de l'éviter est de traiter la diathèse en s'appuyant sur les symptômes présentés par la mère. En soi il n'indique aucun médicament.

ART. 3. — TRAITEMENT DES SYMPTOMES MERCURIELS.

Le mercure a des inconvénients; tout le monde en convient (1), et le médecin homœopathe, qui est souvent consulté par des malades auxquels cet agent a été prodigué, est, plus que tout autre, en position de les

(1) Ces inconvénients paraîtraient plus nombreux avec le proto-iodure de mercure qu'avec toute autre préparation hydrargyrique; au moins la *Gazette des hôpitaux* a-t-elle cru devoir insérer, dans un de ses derniers numéros (7 avril 1860), la note suivante :

« *Du proto-iodure de mercure dans le traitement de la syphi-* « *lis.* — Le professeur Sigmund (de Vienne) se sert de moins « en moins de cette préparation. Il a pu, en effet, se convaincre « par de nombreuses expériences des résultats suivants :

« 1° La propriété qu'on a attribuée au proto-iodure de mer- « cure, de ne pas provoquer la salivation lorsqu'on l'associe à « l'opium est sans fondement ;

« 2° Il provoque de la diarrhée, même dans son association « avec l'opium ;

« 3° On ne peut l'appliquer qu'à certaines formes de syphilis « (papuleuse et pustuleuse), et dans ces cas mêmes, son effet est « plus lent que celui des autres préparations mercurielles ;

« 4° Dans les formes tenaces de la syphilis, ce médicament est « d'une valeur faible ou nulle ; dans l'anémie, il est positivement « nuisible ;

« 5° Le proto-iodure de mercure ne mérite à aucun titre la « préférence qu'on voudrait lui faire accorder dans le traitement « des maladies de l'enfance; et, si ces petits malades sont anémi- « ques ou prédisposés à la diarrhée, son emploi devient dange- « reux ;

« 6° Combiné avec l'iodure de potassium (quelle combinaison !), « il peut rendre des services dans quelques formes rebelles de « syphilis, toutefois si les malades n'offrent pas de prédisposition « aux catarrhes soit des poumons, soit de l'estomac, soit enfin des « intestins. » Et le proto-iodure d'hydrargyre est un des médicaments les plus employés !

(*Wien Wochenschrift*, 1859, n° 39, et *Medical Times and Gaz.*)

connaître. Il arrive même souvent qu'il nous faut négliger tout d'abord la syphilis pour nous attacher à détruire l'exubérance d'action du médicament. Il importe donc de bien connaître les ressources que la matière médicale peut offrir en pareil cas. Ces ressources sont nombreuses. Hahnemann employait le foie de soufre, le soufre, le camphre, l'opium, le quinquina et l'acide nitrique (1). Noack et Trincks ont beaucoup ajouté à cette liste en précisant l'appropriation de chaque médicament. Leur travail, encore inconnu en France, me servira à établir les indications suivantes :

Acid. nitricum conviendrait contre les douleurs osseuses les plus violentes avec gonflement du périoste, les ulcères mercuriels des membranes muqueuses, entre autres ceux de la bouche et de la gorge, les symptômes congestifs venant aggraver une syphilis invétérée, la *stomacace mercurielle avec état scorbutique des gencives.* — *Acidum phosphoricum* quand l'action du mercure s'est portée de préférence sur le périoste. — *Asa fœtida* pour la carie et l'ozène mercuriels; son action est douteuse. — *Aurum,* un des antidotes les plus importants quand les os sont malades. — *Aurum muriaticum,* s'il y a complication de cachexie mercurielle et de scrofule, contre l'hypocondrie et l'ozène mercuriels; aussi contre le gonflement et l'induration du testicule, symptôme qui appartient bien plus à la syphilis qu'au médicament. — *Belladona,* pour les symp-

(1) *Mat. méd. pure*, t. III, p. 27.

tômes congestifs dont la tête serait le siége, la périostite et l'ostéite à forme inflammatoire, et l'inflammation phlegmoneuse des ganglions lymphatiques. — *Carbo vegetabilis* contre les accidents dus au *sublimé*, lorsque des symptômes de gangrène commencent à se montrer à la suite du ptyalisme mercuriel. — *China*, lorsqu'il y a un affaiblissement dû aux hypersécrétions qui se sont produites, surtout quand la surexcitation nerveuse, la fièvre hectique avec sueurs abondantes, une trop grande impressionnabilité de la peau aux changements de température, une facilité extrême à se refroidir, des symptômes du périoste et des os, la carie elle-même, se sont développés. — *Conium*, dans le cas d'engorgement des ganglions sans aucune réaction inflammatoire, c'est-à-dire dans des circonstances tout à fait opposées à celles qui réclament la belladone. — *Dulcamara*, dans le cas de douleurs mercurielles à forme rhumatismale, avec grande tendance à se refroidir, et aussi contre les éruptions mercurielles à forme d'herpès ou d'impétigo. — *Electricitas*, recommandée par Hahnemann lui-même contre les névralgies, les paralysies et le tremblement mercuriels. — *Ferrum*, contre la cachexie mercurielle avec ulcères profonds, périostite, tremblement, névralgies, chez les sujets scrofuleux et épuisés. — *Guajac.*, pour les douleurs à forme rhumatismale. — IODIUM et KALI HYDRIODICUM, antidotes essentiels du mercure, surtout lorsque ce médicament a augmenté les symptômes de la syphilis et qu'il y a un mélange d'effets de médicament et d'accidents de l'ordre ter-

tiaire. — *Kreosot.* s'il y a accidents d'apparence scorbutique avec ptyalisme. — *Lachesis,* dans le cas d'ulcères de la gorge, de salivation avec gangrène. — *Lycopodium,* pour les ulcères de la gorge et du pharynx. — *Manganum aceticum*, pour les douleurs osseuses avec gonflement du périoste. — *Mezereum,* dans les mêmes circonstances, aussi pour l'inflammation chronique et l'induration des amygdales et des testicules. — *Natrum chloratum,* pour la salivation. Ce médicament, qui tend à prendre place dans l'arsenal allopathique, était recommandé dès 1847 par Noack et Trincks dans l'article que j'analyse en ce moment. — *Natrum muriaticum,* contre les symptômes à forme de scorbut. — *Nux vomica,* pour le tremblement et la paralysie mercuriels. — *Opium,* si le mercure a fait naître une grande excitabilité nerveuse, des douleurs névralgiques, une salivation très-douloureuse, un état fébrile de forme adynamique avec congestion vers le cerveau, des ulcères très-douloureux, une décomposition du sang avec ramollissement des tissus et même des os, une fièvre colliquative. — *Phosphorus,* pour l'amaurose, la périostite, l'ostéite mercurielles, peut-être aussi pour les névralgies et les paralysies. — *Plumbum aceticum,* s'il y a des selles diarrhéïques aqueuses, ce que Dietrich appelle le ptyalisme abdominal. — *Sassaparilla* a moins de valeur; elle conviendrait seulement pour combattre les éruptions mercurielles. — *Silicea* et *staphysagria* ont une action douteuse comme antidote du mercure. — *Sulphur* et *hepar sulphuris* agiraient surtout lorsqu'ils seraient administrés à titre d'eaux

thermales, surtout dans le cas d'iritis, de dermatoses ou d'ulcères mercuriels, mais non s'il y avait une cachexie scorbutique complète. — Sous forme de vapeur, on les a trouvés utiles dans les maladies des os et contre l'asthme dus au mercure. — *Zincum sulphuricum* n'aurait de valeur que contre les névralgies mercurielles, chez des sujets sanguins, disposés aux congestions et aux spasmes. — Enfin, Rust et Cansburg ont avancé que le meilleur moyen de faire cesser la salivation causée par l'usage interne ou externe du mercure, consistait à administrer une préparation mercurielle différente de la première.

Les antidotes des iodures sont beaucoup moins bien connus que ceux des préparations hydrargyriques. — *Ammon. mur.*, *arsenic.*, *china*, *mercurius*, *sulphur* et *valeriana* seraient, d'après Noack et Trincks, les médicaments les plus utiles (1). Bœnninghausen ajoute à cette liste *belladona*, *camphora*, *coffea* et *phosphor.* (2). Ce sera donc parmi ces médicaments qu'il conviendra de choisir, en se laissant guider par l'ensemble des symptômes artificiels produits par le médicament.

ART. 4. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

La syphilis héréditaire, à laquelle on donne aussi le nom de syphilis congénitale ou des nouveau-nés, se présente sous les formes ordinaires à la syphilis constitutionnelle des adultes. Elle se localise sur la peau,

(1) *Manuel*, t. I, p. 977, IIe partie.

(2) *Manuel de thérapeutique médicale homœopathique.* Paris, 1846.

sur les membranes muqueuses, sur les os et sur les viscères.

A.— *Symptômes de la peau.* Ils se composent : 1° de *roséole,* caractérisée comme chez l'adulte par des taches d'un rouge vif, irrégulièrement arrondies, qui existent sur la poitrine, le ventre et à la face interne des membres ;

2° De *plaques muqueuses,* composées d'élevures peu saillantes, ayant la largeur d'une lentille, ou, au plus, celle d'un centime, offrant des bords arrondis et se trouvant recouvertes d'une couche blanche, comme diphthéritique, due à la desquamation de l'épiderme. Ces élevures sont gerçées superficiellement et sécrètent un liquide séreux qui répand une odeur spéciale.

On observe les plaques muqueuses aux bourses, à la vulve, dans le pli génito-crural, sous les aisselles, à l'ombilic, aux commissures des lèvres, sur les ailes du nez, derrière les oreilles, dans le conduit auditif externe, au cuir chevelu, à l'anus et entre les orteils.

Les plaques muqueuses de la peau sont souvent accompagnées de taches et de papules.

3° Les *papules* et les *squames* s'observent rarement chez les nouveau-nés, en raison de la finesse et de l'humidité de la peau, qui impriment aux dermatoses un caractère de suintement assez abondant. M. Diday propose de réserver le titre de squames à des plaques cuivrées sur lesquelles on n'observe cependant aucune desquamation (*squamæ sine squamis*) (1). M. Cazeaux

(1) *Syphilis des nouveau-nés.*

a observé des squames cornées à la paume des mains et à la plante des pieds, et M. Deutsch en aurait rencontré sur les paupières.

4° Les *pustules* sont, au contraire, très-fréquentes ; on en admet trois espèces : l'acné, l'impétigo et l'ecthyma.

a. — L'*acné* constitue une forme bénigne composée d'élévations dures et rouges à leur base et à sommet suppurés, se terminant par résorption du liquide, ou par la formation d'une croûte, et laissant une petite cicatrice. L'acné se rencontre sur le dos, aux fesses et sur la poitrine plutôt qu'ailleurs.

b. — L'*impétigo* se compose de pustules confluentes donnant lieu à de larges croûtes jaunes, épaisses et saillantes, sous lesquelles se forment des ulcérations grisâtres et superficielles. Cette éruption se montre souvent à la poitrine, au cou et dans les aines. Elle se distingue de l'impétigo ordinaire par l'auréole cuivrée qui entoure les pustules, par la forme des ulcérations et par l'absence de cette éruption du cuir chevelu.

c. — L'*ecthyma* est plus large ; il arrive à une période plus avancée de la maladie et chez des sujets débilités ; existe principalement aux jambes et sur les fesses.

Il débute par des taches violacées sur lesquelles s'élèvent des pustules qui contiennent un liquide sanguinolent. Des croûtes épaisses, noirâtres, circonscrites, entourées d'une auréole cuivrée ou livide et recouvrant des ulcérations profondes, succèdent aux pustules.

La nature syphilitique de cette éruption ne peut jamais faire de doute, l'ecthyma ordinaire ne se montrant jamais que chez les adultes affaiblis et chez les vieillards.

5° *Bulles.* Elles comprennent une seule espèce, le *pemphigus.*

Celui-ci envahit d'une manière presque exclusive la plante des pieds et la paume des mains, débute par des taches violacées sur lesquelles s'élèvent des vésicules qui augmentent rapidement et deviennent des bulles contenant une sérosité trouble et lactescente, et qui sont environnées d'un cercle violacé.

En même temps que cette éruption se développe, l'enfant s'affaiblit, crie sans cesse, sa face s'altère et ses forces diminuent. A la rupture des bulles, il s'écoule du sang et une sanie purulente; l'épiderme se détache par larges squames sous lesquelles l'épiderme se trouve érodé ou superficiellement déchiré. Quelquefois les bords de ces ulcères se renversent comme ceux de l'ecthyma.

Les enfants atteints de cette éruption s'épuisent rapidement et meurent par suite de faiblesse; s'ils guérissent de leur pemphigus, ils succombent en quelques jours à une maladie de poitrine : pleurésie, induration partielle du poumon, etc.

On a beaucoup discuté pour savoir si cette éruption était due à la syphilis, comme le pense M. P. Dubois, plusieurs auteurs l'ayant considérée comme un résultat de la débilitation générale et non comme un effet spécifique.

Si l'on se rappelle que le pemphigus augmente avec les autres symptômes de la diathèse et diminue avec eux, on jugera qu'il est bien sous la dépendance du virus.

Le pemphigus est l'éruption la plus fréquente et la plus grave que puissent présenter les nouveau-nés.

6° *Onyxis.* Il se présente sous deux formes : ou bien il y a inflammation de la matrice de l'ongle avec coloration cuivrée et exfoliation, en même temps que formation de pustules sur la peau voisine. Cette onyxis est rare. Ou bien la matrice de l'ongle s'ulcère, et l'ongle lui-même devient sec, rugueux, blanchâtre ou violacé, puis se détache et tombe après avoir été cerné par la suppuration. Ces ongles tombent et repoussent souvent à plusieurs reprises avant de rester.

B. — *Symptômes des membranes muqueuses.* Les plus fréquents sont les plaques muqueuses et les ulcères.

1° Les *plaques muqueuses* s'observent dans la bouche, dans la gorge, dans le sillon labio-nasal, sur les bords de la langue, au fond du gosier, à l'anus et sur les organes génitaux, plus souvent à la région céphalique que partout ailleurs.

Elles ressemblent à celles de la peau, sont seulement moins saillantes et plus exulcérées ; elles constituent des élevures blanches, à contours irréguliers, au centre desquelles se forment d'abord des excoriations, puis des ulcérations.

2° Les *ulcères* sont superficiels, arrondis en forme

de croissants ou elliptiques, à fond blanc, comme diphthéritique, et deviennent plus rouges au moment où ils tendent à se cicatriser.

3° Le *coryza* est une des affections les plus fréquentes et les plus graves que puissent présenter les enfants du côté des membranes muqueuses.

Au début, le petit malade est enchifrené, un écoulement tout d'abord séreux, puis plus épais, a lieu par les narines; celles-ci sont obstruées par des croûtes qui se forment surtout pendant que l'enfant tète, ce qu'explique la rapidité avec laquelle l'air traverse alors les narines. Celles-ci étant obstruées, la succion devient impossible et l'enfant meurt d'inanition. Lorsque les croûtes se détachent, il y a presque toujours hémorrhagie.

Au bout de quelques jours, si l'enfant ne succombe pas, l'écoulement devient sanieux; des pustules, des gerçures, des ulcérations se forment sur les ailes du nez et sur les lèvres, d'autres prennent naissance dans les fosses nasales, puis s'étendent au gosier, même au larynx, les os se carient et l'enfant en rend des morceaux; enfin le nez s'aplatit.

Il est rare que les enfants, quand ils ont résisté à la première période, ne meurent pas pendant la seconde par le fait d'une infection septique.

Le coryza est un symptôme précoce de la syphilis des nouveau-nés; le traitement peut cependant en retarder l'éclosion.

C. — *Symptômes du système osseux.* Ils sont beaucoup plus rares que ceux de la peau et des membranes

muqueuses. Cette différence tient, comme je l'ai rappelé déjà, à ce que la syphilis envahit toujours les os tardivement. Or, si la maladie est intense, elle tue l'enfant avant d'avoir atteint le système osseux ; si elle est faible, elle est arrêtée dans sa marche par le traitement.

Autrement les os s'altèrent. La périostose est douteuse, la carie est généralement admise comme signe de vérole héréditaire ; mais elle est presque toujours consécutive à la destruction des parties molles.

M. Bouchut a signalé un symptôme contraire, l'endurcissement prématuré des os longs (1).

Les maladies articulaires appelées *tumeurs blanches* et le rachitisme ne sont pas généralement reconnus pour appartenir à la syphilis des nouveau-nés.

D. — *Symptômes des viscères.* Les maladies des viscères sont connues surtout au point de vue de l'anatomie pathologique, la plupart d'entre elles amenant la mort du fœtus pendant la vie intra-utérine, tout au moins dans les premiers jours ou dans les premières heures qui suivent la naissance.

Toutes ces altérations, quand on les étudie de près, se rapprochent tellement des gommes qu'il est impossible de les en distinguer.

1° *Poumons.* On y trouve des noyaux indurés d'un volume variable, ayant la densité du foie et faisant saillie sous la plèvre, ou des noyaux ramollis

(1) *Traité des malad. des nouveau-nés.* Paris, 1855, p. 804.

formés par un tissu compacte, d'un jaune grisâtre, au centre duquel est un liquide séro-purulent. Quelquefois un certain nombre de ces noyaux se réunissent pour former une grande caverne.

Les symptômes de la maladie sont ceux de la pneumonie lobulaire ; la terminaison est rapidement fatale.

2° *Thymus*. Il paraît souvent sain ; mais quand on le comprime après l'avoir incisé, on en fait sourdre du pus. L'illusion tient à ce que celui-ci est disséminé dans le parenchyme de cette glande et bien rarement réuni en foyers.

Les enfants atteints de cette affection meurent presque toujours avant de naître, ou succombent dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent leur naissance. On trouve leurs poumons suppurés, ecchymosés et la peau recouverte de pemphigus.

3° *Foie*. Il est souvent hypertrophié, dur, difficile à entamer avec le doigt, assez élastique pour rebondir quand on le lance sur le parquet. Il offre une teinte uniforme, jaunâtre; son tissu est parsemé de points blancs, semblables à des grains de semoule. On fait sourdre, par la pression, une sérosité jaune, albumineuse.

Les altérations du foie sont générales ou partielles : dans le premier cas, toute la glande offre un excès de consistance et une teinte jaune ou brun rouge; dans le second, ces altérations forment des noyaux entourés de tissu sain.

Les *acini* sont en général oblitérés, ce qui est un

obstacle à la sécrétion de la bile; aussi la vésicule du fiel renferme-t-elle un liquide jaune pâle, qui contient beaucoup de mucus et une faible quantité de matière colorante.

En même temps le sang s'appauvrit, la fibrine diminue, et le sérum devient plus abondant; les tissus se décolorent, et il se forme parfois des ecchymoses.

Les formes morbides concomitantes sont les taches psoriasiques, l'ecthyma, les plaques muqueuses, les rhagades, le coryza et l'induration pulmonaire.

M. Gubler a comparé cette altération du foie au sarcocèle syphilitique; M. Virchow a été plus précis, en le signalant comme le fait d'une dégénérescence gommeuse.

Les troubles fonctionnels qui accompagnent ces altérations du foie, sont des gémissements continuels, avec agitation des membres inférieurs, les vomissements, la diarrhée ou la constipation, la sensibilité du ventre qui est météorisé, mais sans épanchement; la faiblesse et l'altération du pouls, parfois l'anasarque; mais, chose remarquable, il n'y a jamais d'ictère. La percussion montre que le foie est hypertrophié.

4° *Péritoine.* M. Simpson admet une péritonite syphilitique, mais sans lui donner de caractères précis. L'existence de cette affection n'est pas assez démontrée pour qu'on puisse avoir les éléments d'une description, même approximative.

E. — *Symptômes généraux.* Les enfants syphilitiques, par droit de naissance, présentent quelquefois,

pendant les premiers jours de leur vie, l'apparence de la santé, apparence trompeuse qui se dément bientôt.

Le plus souvent, ils ont un habitus général qu'on a caractérisé en les comparant à de petits vieillards. Ils sont amaigris, leur peau est terne; celle du visage offre une teinte bistre, semblable à celle des Asiatiques, ou aux taches qui existent à l'extrémité des doigts des fumeurs. Cette teinte est plus marquée au niveau des parties saillantes, au front, au niveau des sourcils, au menton, au nez et sur les paupières; le reste du corps est pâle, blafard, anémique.

Les cheveux sont rares et fins, les ongles, naturellement peu développés, croissent lentement.

Le sang de pareils malades est toujours très-appauvri.

F. — *Syphilis héréditaire larvée.* La plupart des auteurs admettent une syphilis larvée congénitale, à forme de scrofule. J'ai dit déjà ce qu'il fallait en penser.

Évidemment une semblable affection tient à une complication de scrofule et de syphilis; elle participe aux symptômes de ces deux diathèses. Son histoire est encore trop incomplète pour qu'il soit possible d'en donner une description.

Les différentes formes morbides que je viens de passer en revue n'apparaissent pas toutes avec une égale fréquence chez les nouveau-nés. M. Émile Vidal (1) les a divisées, sous ce rapport, en trois classes : 1° *celles*

(1) *De la syphilis congénitale*, thèse pour l'agrégation en médecine, par E. Vidal. Paris, 1860.

qui se développent pendant la vie intra-utérine, et se trouvent ainsi exister au moment de la naissance. Ce sont les pustules plates, la roséoles, le pemphigus, la suppuration du thymus, les gommes du poumon et du foie, la pleurésie et la péritonite.

2° *Celles qui existent rarement au moment de la naissance :* l'ictère, l'hypertrophie de la rate, l'altération des capsules surrénales, la dégénérescence graisseuse du pancréas, toutes affections que l'autopsie peut seule révéler, l'infiltration des ganglions bronchiques, l'hydrocéphale, qui appartient plus à la scrofule qu'à la syphilis; la carie et l'induration prématurée des os larges.

3° Les *manifestations qui viennent dans les premières semaines de la vie extra-utérine :* le pemphigus, les plaques muqueuses, l'impétigo, l'engorgement des ganglions lymphatiques, les gommes sous-cutanées, le coryza, l'otorrhée, enfin les altérations des viscères, qui appartiennent bien plus à la première classe qu'à cette dernière.

La syphilis congénitale, quand elle n'est pas apparente au moment où l'enfant vient au monde, éclate du premier jour à la fin du deuxième mois; rarement plus tard.

Le pronostic de la syphilis des nouveau-nés est toujours très-grave; il y a peu de maladies qui soient aussi souvent mortelles.

Traitement. — Il me reste peu de chose à dire sur ce sujet.

Sous le rapport du choix des médicaments, je n'ai

rien à indiquer : ceux-ci ne varient pas, en effet, parce que le malade est un enfant, au lieu d'être un adulte. Je n'ai donc qu'à renvoyer aux articles dans lesquels ces différentes formes morbides ont été décrites sous le double rapport de la pathologie et de la thérapeutique.

Quant au mode d'administration, il n'est pas en homœopathie un sujet d'embarras. Nos médicaments, donnés à doses infinitésimales, sont toujours supportés par les enfants; rien n'est plus facile aussi que de leur faire prendre des globules, forme que l'on doit toujours préférer pour eux.

Si l'on tient à donner le médicament en liquide, on le fait dissoudre dans 5 grammes d'eau alcoolisée, dont on fait prendre une ou deux gouttes chaque fois, ce qui est bien plus commode que de vouloir faire avaler une cuillerée entière de la potion.

Le médicament doit toujours être donné une demi-heure, au moins, avant que l'enfant ne tète, et trois quarts d'heure ou une heure après.

Si l'enfant naît sans aucun symptôme évident de la diathèse, mais que la santé des engendreurs fasse craindre le développement de la maladie, il faut instituer un traitement prophylactique, dont *mercurius solubilis, sulphur* et *lachesis* doivent faire la base.

Ce que l'on doit faire avant tout, c'est de traiter la mère, pendant sa grossesse, en lui faisant prendre les médicaments appropriés aux formes de la diathèse dont elle est porteur; ou, si la maladie vient du père, avec celles que celui-ci peut présenter.

En agissant de la sorte, on préviendra beaucoup d'avortements, et il sera possible d'éviter aux enfants de cruelles souffrances.

CHAPITRE II.

Blennorrhagie.

La description de la diathèse blennorrhagique, pour être complète, devrait comprendre celle de la blennorrhagie primitive, de la blennorrhagie consécutive et de la blennorrhagie héréditaire. Mais cette dernière se composant d'un grand nombre de formes rangées dans la catégorie des scrofules, nécessiterait une étude approfondie de ces affections, étude qui ne peut trouver place dans cet ouvrage, dont elle dépasserait de beaucoup les limites.

Réservant donc cette question pour un autre travail, je me bornerai, suivant les exemples des syphilographes les mieux autorisés, à décrire les formes primitives et les formes consécutives de cette maladie.

ART. 1er. — BLENNORRHAGIE PRIMITIVE.

La blennorrhagie primitive peut occuper toutes les muqueuses qui sont exposées au contact direct du muco-pus; on la rencontre, chez l'homme, sur le gland et le prépuce (balanite, posthite), et à la surface du canal de l'urètre (blennorrhagie urétrale); chez les femmes, dans le canal de l'urètre, le vagin, et sur le

col de l'utérus; dans les deux sexes, à l'anus, sur la muqueuse oculo-palpébrale, la pituitaire, et sur la muqueuse de la cavité buccale. On admet encore que cette affection peut occuper le conduit auditif externe et le creux ombilical.

1° De la blennorrhagie du gland et du prépuce (*balanite* et *posthite*). — Cette affection se contracte surtout lorsque le sujet a le prépuce long et étroit, circonstance qui favorise l'absorption en prolongeant le contact du muco-pus avec la muqueuse.

La douleur ressentie, en pareil cas, se compose de chaleur et de cuisson : la surface du gland présente une rougeur vive sans ulcération. Cette rougeur s'accompagne quelquefois d'un soulèvement de l'épiderme qui s'enlève comme la bulle d'un vésicatoire. Le gland se trouve ainsi dépouillé dans une partie de son étendue, mais il n'y a pas destruction ulcéreuse des tissus. — Les follicules muqueux qui existent autour de la couronne, se gonflent et sécrètent une matière abondante, d'abord blanche, puis tout à fait puriforme; cette matière est également sécrétée par les points privés de leur épithélium.

Dans cet état, le gland augmente de volume; et si le prépuce manque naturellement de largeur, ce repli cesse de pouvoir être retiré en arrière : il y a *phimosis*. Cet effet est d'autant plus fréquent que le prépuce participe presque toujours alors à l'inflammation, et qu'à son tour, il devient le siége d'un gonflement qui rétrécit encore son ouverture.

En outre de ce gonflement, le prépuce présente une

rougeur analogue à celle du gland, et devient le siége d'une sécrétion muco-purulente caractéristique. Son bord libre, continuellement baigné par ce liquide, est d'un rouge vif, se gonfle et se gerce; mais ces fissures ne deviennent jamais des chancres. — Si la congestion augmente, le prépuce prend une teinte violacée ou rouge foncé, et toute l'extrémité du membre viril acquiert un volume énorme.

La conséquence de ce volume est la compression qu'exercent mutuellement l'un sur l'autre le gland et le prépuce, compression qui a pour résultat un arrêt dans la circulation, et, plus tard, la gangrène. Celle-ci frappe et détruit le plus ordinairement le prépuce; il en résulte une perforation consécutive à la chute de l'escarre, perforation à travers laquelle le gland peut faire hernie, comme il arrive à la suite du phimosis syphilitique; ou bien le muco-pus s'accumule entre le gland et le prépuce, et il en résulte un abcès.

Si rien de semblable n'a lieu, et que la maladie se prolonge, le phimosis s'indure, s'excorie, il peut même dégénérer; mais ces transformations ne sont que le résultat d'un mauvais traitement, ou de complications dues à d'autres diathèses.

Le plus ordinairement, la *balanite* et la *posthite* ne présentent pas de conséquences aussi graves; peu à peu les tissus perdent leur rougeur, le gonflement diminue, la souplesse naturelle aux tissus reparaît, la sécrétion morbide devient muqueuse, et forme ensuite une masse blanche, caséeuse, qui n'est autre que du smegma.

Il arrive parfois que le prépuce se trouve renversé au delà de la couronne du gland, au moment où celui-ci commence à se gonfler : il y a alors *paraphimosis*. Le bourrelet peut présenter la différence de gonflement, de rougeur et de sécrétion que j'indiquais tout à l'heure; mais ce qu'il y a de plus dangereux en cette circonstance, c'est la constriction que le gland éprouve à sa base, constriction qui amène quelquefois la gangrène de l'extrémité du membre viril; mais bien moins qu'avec le chancre.

Enfin, quelle que soit la position du prépuce, qu'il s'agisse d'un *phimosis* ou d'un *paraphimosis*, l'engorgement peut être, non plus congestif, phlegmoneux ou gangréneux, mais œdémateux. Le prépuce forme alors un énorme bourrelet translucide, dont l'extrémité contournée sur elle-même, peu sensible, cause une compression moins redoutable que dans le premier cas.

Le diagnostic de la balano-posthite est assez facile, lorsque le gland peut être découvert : la rougeur sans ulcération, la douleur de cuisson, les caractères du muco-pus, suffisent à faire distinguer cette maladie de l'eczéma et de l'herpès, les seules affections avec lesquelles il soit possible de les confondre. Il faut ajouter que les deux dermatoses dont je viens de rappeler les noms, se développent par poussées, reviennent presque à la suite de chaque rapprochement sexuel, se montrent aussitôt après, tandis que la balano-posthite effet de la contagion, est précédée d'une période d'incubation de quatre à sept jours.

Si le prépuce, en raison de son étroitesse naturelle ou de son gonflement, ne peut être renversé, on hésite quelquefois sur le véritable siége de la maladie; il est difficile de déterminer si l'écoulement vient du canal de l'urètre, ou si la maladie est extérieure. Dans le cas de balano-posthite, la douleur est nulle dans l'urètre, et ne se fait sentir qu'à l'extrémité du membre viril; il y a peu d'érections, et en pressant la verge, de sa racine vers son extrémité, on n'augmente pas l'écoulement.

Ce qui est plus embarrassant encore, dans le cas de phimosis naturel, c'est de savoir si l'écoulement préputial tient à un chancre, à une végétation ou à une blennorrhagie. Tout ce qu'il est possible de dire, c'est que le pus du chancre est moins abondant que celui de la gonorrhée, plus sanieux, et qu'il produit un ulcère semblable quand on l'inocule, que le palper peut faire sentir, à travers le prépuce, un engorgement limité dans le cas d'ulcération primitive et de sycose.

2° Blennorrhagie urétrale. — Elle doit être étudiée séparément chez l'homme et chez la femme.

A. — *Chez l'homme*, elle est beaucoup plus fréquente que la balano-posthite, et peut entraîner à des accidents graves, en raison des différentes parties des organes génito-urinaires qu'elle a puissance d'envahir.

Dans sa forme la plus simple elle présente les caractères suivants :

Le malade éprouve pendant cinq à sept jours, à la suite du coït, un malaise général indescriptible, de la faiblesse dans les membres, une diminution notable de

l'appétit et un sentiment variable de tristesse. Vers la fin de ce premier septénaire, une légère chaleur se fait sentir en urinant, accompagnée d'un prurit presque voluptueux. Ces symptômes vont toujours en se caractérisant, puis un écoulement muqueux, semi-transparent, se montre à l'orifice de l'urètre. Les taches que cet écoulement laisse sur le linge sont grisâtres, petites et superficielles.

Les choses ne restent pas longtemps en cet état : la douleur augmente bientôt jusqu'à devenir telle qu'il semble que l'urètre soit coupé en tous sens au moment de l'émission de l'urine. L'écoulement devient très-épais, opaque, jaune, et laisse sur le linge de larges taches verdâtres. Pendant le jour, la verge est dans un état permanent de demi-érection : elle est gonflée, le méat urinaire est rouge et boursouflé; la nuit, les érections sont très-fatigantes, douloureuses, réveillent le malade, et se calment seulement par le contact de l'air ou de l'eau fraîche, encore reviennent-elles bientôt.

La blennorrhagie est parvenue alors à son apogée. Lorsqu'elle commence à décroître, la douleur diminue ordinairement la première ; l'écoulement devient plus clair et laisse des taches moins vertes; en d'autres termes, il perd les caractères du pus pour prendre ceux du mucus. Il diminue aussi en quantité, finit par devenir blanc et filant entre les lèvres du méat, qu'il agglutine, puis presque séreux, clair, transparent, et se tarit peu à peu.

La blennorhagie, telle que je viens de la décrire, a

le plus ordinairement pour siége la fosse naviculaire. C'est sur ce point que le pus est sécrété; c'est là qu'existe la rougeur et que la douleur se fait sentir. Parfois la maladie s'étend beaucoup plus loin, va même jusqu'à la région spongieuse de l'urètre et à la vessie.

Dans le premier cas, la douleur se fait sentir dans toute la longueur du canal, surtout au niveau du périnée. Celui-ci est sensible à la pression : l'écoulement est vert, brun, sanguinolent; les glandes de Cowper participent à l'inflammation. L'émission de l'urine est très-douloureuse, le jet est mince et le spasme venant s'adjoindre à l'inflammation, la rétention d'urine devient complète.

Si la maladie s'est étendue jusqu'à la vessie (*cystite*), le malade éprouve de la tension, de l'embarras dans cette région, surtout au col vésical, à l'hypogastre et aux environs de l'anus. Les envies d'uriner sont fréquentes, douloureuses, et la miction s'accompagne de ténesme. La douleur se fait sentir surtout après l'émission des urines; elle retentit jusqu'à l'extrémité du gland. L'urine renferme un dépôt muqueux généralement abondant; ce dépôt est épais et visqueux, quelquefois plus ténu et semi-transparent. Le malade éprouve d'autant moins de douleur que ce dépôt est plus épais. L'écoulement diminue souvent lorsque cette espèce de cystite apparaît, mais il ne tarde pas à se montrer de nouveau.

Bell, M. Rayer (1), Vidal, de Cassis, admettent que

(1) *Traité des maladies des reins*, t. III.

la blennorrhagie a puissance de s'étendre jusqu'aux reins et d'y produire une véritable *néphrite*. Ceci est très-rare pour la blennorrhagie primitive. Toutes les observations citées en vue d'établir l'existence de cette maladie, se rapportent à des sujets qui avaient eu des écoulements successifs, et chez lesquels la maladie n'était devenue viscérale qu'après un temps fort long et par le concours de circonstances aggravantes très-nombreuses.

Quoi qu'il en soit, une douleur vive, siégeant au niveau d'un rein, un dépôt abondant et sanguinolent dans les urines sans douleur vésicale, sans ténesme, sans envies fréquentes d'uriner, seraient las symptômes locaux de cette affection.

Lorsque l'inflammation arrive aux parties profondes du canal, au niveau du veru montanum, elle envahit souvent les glandes de Cowper, le cordon spermatique, puis le testicule (orchite blennorrhagique).

Orchite. — Le malade éprouve dans l'aine correspondante au côté malade une douleur tensive, obtuse, qui s'étend jusqu'au testicule, le cordon spermatique se gonfle, surtout dans sa partie celluleuse, et acquiert parfois un volume tel qu'il est étranglé par l'anneau inguinal. La peau des bourses ne change pas de couleur, et quand on pince le cordon de manière à l'isoler, on le trouve généralement empâté et induré; puis, au centre, on sent un cordon cartilagineux plus dur que les parties voisines : c'est le canal déférent.

Lamaladie, en continuant sa marche envahissante, arrive bientôt à l'épididyme, qui augmente de volume

et de consistance, forme autour du testicule et au-dessous une tumeur bosselée facile à reconnaître. La bourse du côté malade augmente de volume : la peau rougit, les douleurs deviennent assez vives, le pouls est fort, quelquefois faible, toujours accéléré; la peau est chaude, il y a de la soif, de l'inappétence, en un mot un état fébrile complet.

A mesure que la tumeur se développe elle se complique : la congestion gagne la tunique vaginale, où se fait un épanchement variable quant à sa quantité et quant à sa nature. Cet épanchement est presque toujours séreux, parfois cependant il devient lactescent et s'accompagne de la formation de fausses membranes, comme dans la pleurésie, ou bien il est purulent. Ceci est plus rare.

Cet épanchement se reconnaît à la fluctuation et à la transparence de la tumeur, lorsque la distension de la tunique vaginale n'est pas poussée trop loin pour que le médecin constate autre chose que de la rénitence. Dans ce cas, la tumeur testiculaire est divisée en deux portions : l'une antérieure, qui est formée par la sérosité; l'autre postérieure, qui n'est autre que le testicule. La distinction de leur contenu se fait par la sensation que donne la pression et la douleur qu'elle fait naître, douleur toute différente lorsqu'on comprime la tunique vaginale distendue ou lorsqu'on presse le testicule.

Cet épanchement paraît brusquement en général et disparaît de même; parfois cependant il dure autant que l'engorgement de l'épididyme.

Les bourses peuvent encore présenter d'autres altérations sous l'influence de la blennorrhagie : le tissu cellulaire sous-scrotal et celui du cordon peuvent devenir *œdémateux*. Dans ce cas, la peau des bourses cesse d'être mobile et conserve l'impression du doigt; le cordon ne forme plus qu'une masse unique, dont le volume est augmenté et qui se trouve comprimé, étranglé même par les tissus qu'il traverse. — D'autres fois la peau devient adhérente, rougit, et il se forme un ulcère; ou bien elle noircit et se gangrène. La fièvre est alors très-forte, mêlée de beaucoup de frissons; enfin, le testicule lui-même est parfois atteint. Les douleurs sont alors extrêmement vives et la suppuration est une terminaison fréquente de la maladie, terminaison funeste pour cet organe, qui est éliminé en partie sous la forme de filaments blancs. Cette complication est heureusement assez rare : le plus ordinairement, le testicule reste sain, au moins ne devient-il jamais malade que consécutivement à l'épididyme.

Lorsque la glande elle-même est atteinte, la sécrétion du sperme est modifiée; elle est activée ou ralentie, d'où l'excitation ou la diminution des fonctions génitales. Rarement elle est pervertie. Cependant, lorsque le testicule est enflammé, le sperme peut être mêlé au pus ou fortement souillé de sang.

Le plus ordinairement ces graves complications sont évitées; la tumeur formée par l'édididyme enflammé diminue de volume et de consistance; la douleur devient moindre, la peau reprend sa couleur normale et tout rentre dans l'ordre.

La blennorrhagie s'étend non-seulement en surface, mais aussi en profondeur. Elle envahit alors les glandules muqueuses, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, les corps caverneux et la prostate.

Les glandes muqueuses se gonflent et suppurent, formant de petits abcès qui constituent autant de nodosités, lesquelles existent sur le dos de la verge, et s'ouvrent soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du canal, souvent des deux côtés à la fois.

Les vaisseaux lymphatiques engorgés se présentent sous la forme de cordons durs et sinueux, toujours bosselés, cordons qui ont fait croire à une phlébite, mais constituent en réalité une angioleucite blennorrhagique. Selon M. Desruelles, cependant, les veines participeraient souvent aussi à la maladie.

Les ganglions lymphatiques, quand ils se tuméfient, constituent une variété du *bubon*.

Cette variété diffère de celle qui accompagne le chancre en ce qu'elle est formée par les ganglions superficiels, ceux qui se trouvent en rapport direct avec la muqueuse non ulcérée, en ce qu'elle suppure rarement et ne donne jamais naissance à un pus inoculable.

Ces bubons forment tout d'abord une tumeur superficielle, mobile, sans changement de couleur à la peau et sans adhérence. Cette tumeur est composée de plusieurs parties, c'est-à-dire de plusieurs ganglions distincts. Le plus souvent la maladie ne va pas au delà. La douleur qu'elle détermine reste légère et l'écoulement, surtout les signes inflammatoires qui l'accompa-

gnent, venant à diminuer, le ganglion revient à son volume et à sa consistance normale.

D'autres fois cependant la maladie s'aggrave, la tumeur augmente, devient plus douloureuse ; la peau y adhère, rougit pendant que la fluctuation se manifeste. Au bout de quelques jours, la peau se rompt et laisse s'écouler un pus assez bien lié en général. Le médecin se décide souvent à ouvrir lui-même ce petit abcès, afin de le limiter autant que possible.

Une fois le bubon ouvert, le foyer se vide, puis le pus devient séreux, l'ouverture va en se rétrécissant et la cicatrice se fait. Elle reste assez longtemps un peu plus rouge que la peau environnante, mais revient bientôt à une nuance plus régulière.

La blennorrhagie amène aussi des désordres au delà de l'épaisseur de la muqueuse urétrale, au delà aussi du réseau lymphatique superficiel. Elle envahit alors le tissu réticulaire de la verge et détermine la raideur avec incurvation du membre viril, symptômes qu'on désigne sous le nom de *cordée*.

Cette raideur est tantôt spasmodique, tantôt inflammatoire, dit Hunter. Dans le premier cas, elle n'est pas permanente et constitue seulement le *priapisme ;* dans le second, l'état d'érection et de courbure persiste. La verge est dure, développée et incurvée; le malade y ressent une douleur tensive très-violente, parfois insupportable.

On explique ce symptôme par le dépôt d'une lymphe plastique dans une partie des mailles du tissu

réticulaire, d'où l'adhérence de ce tissu en ce point et son inextensibilité pendant l'érection. Les corps caverneux, au contraire, restent perméables comme à l'habitude, se gonflent et tendent à donner à la verge sa direction ordinaire; mais le point infiltré fait obstacle, d'où l'incurvation, d'où aussi la distension de la membrane muqueuse urétrale, distension qui peut aller jusqu'à la rupture de cette membrane et à l'*hémorrhagie*. Celle-ci est parfois aussi le résultat de l'excès de congestion de la muqueuse. On reconnaît que le sang ne vient pas de la vessie à ce qu'il s'écoule en dehors de la miction et sans être mêlé à l'urine.

Lorsque la congestion blennorrhagique a envahi les parties profondes de l'urètre, il est rare que la prostate ne participe pas à la maladie ; des symptômes nombreux et des désordres graves peuvent en être la conséquence.

Prostatite. — Selon M. Baumès, la prostate peut présenter deux altérations distinctes sous l'influence de la blennorrhagie : l'inflammation et l'engorgement; mais l'inflammation est la seule qui apparaisse pendant la période primitive.

Cette congestion blennorrhagique s'accompagne presque toujours de fièvre : le pouls est dur et fréquent, la peau chaude, des frissons nombreux existent au début, et reviennent d'autant plus souvent que la suppuration a plus de tendance à se produire; cette fièvre offre des redoublements le soir, et chaque redoublement est précédé de frissons.

En même temps, le malade se plaint de chaleur et

de pesanteur au périnée et à l'anus, d'une douleur continuelle, pulsative, qu'il rapporte au col de la vessie; il éprouve un besoin continuel d'aller à la selle, besoin causé par la sensation d'un morceau qu'il faudrait expulser.

Il y a aussi des envies fréquentes d'uriner, avec ténesme et grande difficulté, impossibilité même d'expulser les urines. Celles-ci au moins ne viennent qu'après une longue attente, et les efforts que le malade peut faire pour hâter leur venue, la retardent ou la rendent impossible. Ce résultat, contraire à celui que le patient recherche, tient à ce que la rétention d'urine est causée par le gonflement de la prostate, et que, pendant l'effort, cet obstacle se trouve de nouveau poussé par le col vésical, qu'il vient obstruer complétement.

Le toucher rectal permet de reconnaître le gonflement d'une grande partie de la glande et son degré de sensibilité, même la fluctuation quand la suppuration existe en arrière.

La sonde introduite dans le canal pénètre jusqu'au col de la vessie, où son contact cause une vive douleur, et où son extrémité rencontre un obstacle difficile à franchir, parfois même infranchissable.

Dans cet état, cette glande présente des altérations diverses : ou bien elle est seulement congestionnée, ou bien elle est le siége d'un travail de suppuration.

Le pus se produit le plus ordinairement dans le tissu cellulaire qui enveloppe la glande, et celle-ci reste intacte au milieu de ce désordre; elle ne fond pas

comme il arrive parfois au testicule. Tantôt ce pus reste à l'état d'infiltration, ce sont les cas les plus graves; tantôt il se réunit en un ou plusieurs foyers. Cette collection se fait alors ou en avant, vers la vessie, ou en arrière, vers le rectum. Si elle existe en avant, elle peut se rompre spontanément ou par l'effort de la sonde, pendant le cathétérisme. En arrière, elle s'ouvre dans le rectum, ce sont les cas les plus favorables.

En tout état de cause, la prostatite est une affection grave. Son danger tient à la rétention d'urine qu'elle amène et à la suppuration qui l'accompagne. Cette rétention d'urine peut devenir complète, invincible, la vessie se distend alors et peut se rompre. C'est dans ce cas qu'il faut recourir à la ponction de cet organe, opération toujours grave et redoutable. S'il y a suppuration avec infiltration purulente, la mort ne peut être évitée, car la résorption du pus est impossible, le gonflement et la dysurie restent; enfin la fièvre suppurative suffit pour causer un résultat funeste.

S'il y a collection de pus, abcès, celui-ci s'ouvre, le pus s'écoule par l'urètre ou par le rectum, le gonflement diminue rapidement et tout rentre dans l'ordre. Mais les cas les plus favorables sont ceux où la prostatite ne franchit pas la période congestive, où la suppuration ne se forme pas; dans ce cas la maladie se termine par résolution. On voit alors la fièvre diminuer, les douleurs de l'anus et du périnée cesser peu à peu, l'expulsion des urines devenir plus facile, et le doigt, ainsi que la sonde, constate la diminution de volume

indiquée déjà par l'amendement des symptômes physiologiques.

Il est une dernière terminaison de cette maladie, c'est l'engorgement appelé chronique, lequel rentre dans les effets secondaires, et sera étudié plus loin.

Je dois dire que la diathèse blennorrhagique ne s'étend pas toujours ainsi de proche en proche, que partant d'un point initial parfois circonscrit, elle passe brusquement vers une partie plus profonde, envahissant l'épididyme ou la prostate.

Dans cette circonstance, l'écoulement primitif diminue ou disparaît, ce qui a fait croire longtemps à une métastase, et ce qui tient en réalité au déplacement de la congestion et de ses suites.

Blennorrhagie sèche. — Les effets du muco-pus déposé dans le canal de l'urètre sont ordinairement ceux que je viens de dire; mais il arrive parfois qu'un des symptômes manque; ce symptôme, c'est l'écoulement. La blennorrhagie, dans ce cas, est appelée *sèche*.

Pourquoi en est-il ainsi? On ne saurait le dire d'une manière exacte. Les uns ont attribué ce défaut de sécrétion morbide à l'excès de l'inflammation, d'autres à son peu d'intensité.

Quoi qu'il en soit, la maladie existe avec ce caractère et présente alors quelques particularités.

D'abord, elle est limitée aux parties profondes de l'urètre, surtout à la région prostatique. Le malade ressent alors une forte cuisson au fond du canal, surtout au moment où l'urine commence à couler. Parfois cette douleur est rapportée par le sujet à la partie

inférieure du rectum, aux environs de l'anus, où il y a sensation de pesanteur et de gonflement. Les envies d'uriner sont fréquentes ; les érections viennent souvent, et, s'il y a pollution, la douleur s'accompagne de cuisson et d'un resserrement spasmodique, dont l'effet est de renvoyer la semence vers la vessie. Ce symptôme se présente d'autant mieux, que les malades ne se croyant pas atteints d'une affection contagieuse, ne s'abstiennent pas toujours du coït, comme ils le devraient.

L'écoulement n'est jamais aussi nul que les malades le croient. Il se compose parfois d'une simple goutte visqueuse ou purulente, laquelle n'est amenée au méat qu'après avoir été cherchée très-loin par des pressions successives, exercées d'arrière en avant. Encore faut-il, pour l'obtenir, que le malade soit resté longtemps sans uriner ; si la miction est fréquente, ces recherches peuvent rester sans résultat.

Le premier soin du médecin, lorsqu'il est consulté par de tels malades, doit être d'introduire une sonde dans l'urètre, en ayant la précaution de ne pas pénétrer dans la vessie. Lorsque l'instrument arrive au niveau du point malade, une vive douleur se fait sentir, et la sonde ramène une petite quantité de muco-pus, laquelle indique que l'écoulement, pour être peu de chose, n'en est pas moins très-réel, et que cette blennorrhagie n'est pas aussi sèche qu'il était permis de le croire tout d'abord.

La constatation de ce fait est très-importante, car la matière de cet écoulement est entraînée par le sperme

au moment de l'éjaculation, et comme il est souvent contagieux, il faut le signaler au malade comme un danger et comme une cause absolue de continence.

Cette forme de la blennorrhagie se présente souvent avec des caractères bien moins aigus, sous l'apparence chronique. Elle rentre alors parmi les diverses espèces de blennorrhées dont il sera question plus tard.

B. — *Chez la femme.* La blennorrhagie urétrale se présente avec les mêmes caractères que chez l'homme, sans offrir d'aussi graves complications. La douleur de brûlure en urinant et l'écoulement du muco-pus, sont les signes qui la caractérisent. Pour faire saillir ce dernier, il suffit d'introduire un doigt dans le vagin et d'exercer d'arrière en avant une pression au niveau et dans la direction du canal de l'urètre.

3° La BLENNORRHAGIE DU VAGIN s'observe plus souvent chez la femme que celle de l'urètre. Elle est également précédée d'une période d'incubation de quatre à sept jours.

Au bout de ce temps, la femme éprouve de la chaleur et du prurit aux parties génitales; ce prurit est souvent intense, voluptueux et fait désirer les rapports sexuels. Il s'accompagne de titillation, existe aux parties génitales externes, et ne tarde pas à être remplacé par une sensation d'ardeur et de cuisson, qui augmente beaucoup en urinant, et se fait principalement sentir au moment où les dernières gouttes d'urine s'étendent en nappe sur les grandes lèvres. Le contact du linge est douloureux. La femme éprouve en même temps une douleur tensive dans le bassin, à la matrice, à la

vessie et aux lombes, douleur qui remonte même dans le dos.

Elle ressent un malaise extrême en marchant et en s'asseyant, une douleur tensive à la région pubienne avec sensibilité de l'abdomen à la moindre pression.

Les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris sont rouges et se gonflent, il en est bientôt de même du vagin. Celui-ci est alors chaud, douloureux au point que l'introduction du doigt est intolérable.

Cette rougeur disposée par plaques ou continue, elle s'accompagne d'érections, comme dans la balanite, et d'un grand développement des follicules muqueux, lesquels donnent à la muqueuse un aspect granulé ; il n'y a jamais ulcération.

Lorsque la blennorrhagie existe sur le col utérin ou dans sa cavité, on constate sur ces parties, à l'aide du speculum, des plaques rouges et des granulations.

Lorsque le canal de l'urètre est atteint, son orifice est rouge et gonflé, et le doigt introduit dans le vagin peut amener, par une pression exercée d'arrière en avant, une goutte caractéristique au méat, ainsi que je l'indiquais tout à l'heure.

L'écoulement varie suivant que la femme avait une leucorrhée antérieure à la blennorrhagie, ou qu'elle n'en avait pas.

Dans ce second cas, il y a d'abord une période de sécheresse, période assez courte à la vérité, et pendant laquelle la malade accuse de la chaleur dans les parties génitales, avec prurit et cuisson. Puis un suintement muqueux, grisâtre, s'établit. Ce suintement

forme sur le linge des taches grisâtres superficielles. Il augmente rapidement et prend d'autres caractères; il est alors jaune, épais, souvent brun et sanguinolent, laisse sur le linge des taches épaisses, raidissant le linge, qui sont d'un jaune vert très-prononcé ou bien brunes.

Cet écoulement excorie la partie supérieure des cuisses, le périnée, et infecte souvent l'anus où il atteint facilement.

La douleur causée par la blennorrhagie présente donc chez la femme deux périodes : dans la première, elle est uniquement le fait du développement de la maladie; dans la seconde, il y a complication de celle-ci avec l'effet causé par l'écoulement lui-même.

Celui-ci présente encore d'autres variétés, suivant qu'il est sécrété par le vagin ou par la matrice. Dans le premier cas, il est tel que je viens de le décrire; dans le second, il est toujours un peu glaireux, filant, en un mot, albumineux. De plus, il est acide lorsqu'il vient du vagin, alcalin quand il part de la matrice.

Si la femme était auparavant sujette à la leucorrhée, l'écoulement présente des modifications. En premier lieu, lorsque la douleur commence, l'écoulement ordinaire diminue, puis il reparaît mêlé à celui qu'amène la blennorrhagie, altérant ainsi les caractères de ce dernier, et ne se présentant plus lui-même avec ses caractères habituels.

Lorsque la maladie commence à décroître, la chaleur des parties génitales, les cuissons en urinant, la sensibilité de la vulve à la marche et au contact des vêtements diminuent; l'écoulement devient plus clair,

plus blanc, souvent laiteux, laissant sur le linge des taches plus superficielles, d'un jaune grisâtre, que le frottement fait disparaître. Cet écoulement ainsi modifié a une grande tendance à se prolonger et mérite une grande attention.

Chez la femme, comme chez l'homme, la congestion blennorrhagique s'étend en profondeur, et envahit alors les glandes muqueuses, le réseau lymphatique et les ganglions correspondants.

Les glandes muqueuses forment ordinairement des saillies rouges, appelées *granulations;* si elles s'enflamment plus profondément, elles donnent lieu à des abcès. Ceux-ci se forment, de préférence, dans l'épaisseur des grandes lèvres, acquièrent un volume assez considérable, se reconnaissent aisément à la douleur qui les accompagne, à la rougeur de la muqueuse, enfin à la fluctuation. Le pus qu'ils renferment est ordinairement bien lié, jaune verdâtre, épais, souvent aussi sanguinolent, brun et fétide.

Si les vaisseaux lymphatiques s'enflamment, on les distingue sous la forme de cordons durs et flexueux; si les ganglions de l'aine s'engorgent, ils présentent les mêmes particularités que chez l'homme.

Chez la femme, la blennorrhagie s'accompagne très-souvent de symptômes généraux : faiblesse, courbatures, angoisses, fièvre composée de chaleur, parfois entremêlée de frissons, agitation, perte de l'appétit, douleurs épigastriques, flatulences, vomissements, constipation ou diarrhée. Mais les symptômes les plus communs, qui se manifestent dès les premiers jours,

sont : un état de faiblesse générale avec pâleur du visage, douleurs gastralgiques, dégoût des aliments, surtout une toux courte et sèche qui peut faire croire à la présence de tubercules, et ne correspond cependant à aucune altération pulmonaire grave.

Les règles sont modifiées, elles avancent ou retardent, mais ne présentent jamais leurs caractères habituels quant à la quantité et quant à la qualité du sang. Enfin, il n'est pas rare d'observer des hémorrhagies par exhalation, hémorrhagies qui se présentent en dehors des époques menstruelles, et dont l'abondance varie.

Le diagnostic de la blennorrhagie, chez la femme, est souvent difficile. C'est avec la leucorrhée âcre que la confusion s'établit le plus facilement. Les caractères distinctifs se tirent, comme je l'ai dit déjà, de l'ordre de succession des symptômes, la douleur suivant la leucorrhée âcre, tandis qu'elle précède l'écoulement blennorrhagique.

4° Blennorrhagie de l'anus. — Elle s'observe chez la femme, dont l'écoulement vaginal vient aisément contaminer l'anus, surtout quand la malade est couchée, et chez les hommes qui se livrent à la sodomie. M. Baumès cite un cas de ce genre (t. I, p. 202), dans lequel les circonstances de la contagion ont été parfaitement déterminées.

Chez la femme, le pourtour de l'anus rougit et se gonfle; la malade éprouve de la chaleur et de la cuisson, symptômes qui acquièrent un grand degré d'acuïté pendant la défécation et à sa suite. Les envies d'aller à la selle sont plus fréquentes que de coutume, et ac-

compagnées de douleur et de gêne. Un suintement plus ou moins abondant, caractéristique, semblable à celui qui a lieu par la vulve, vient compléter ces symptômes. Le muco-pus touchant le périnée pour arriver de la vulve à l'anus, le raphé se trouve toujours plus ou moins rouge et excorié.

Chez l'homme, on constate d'abord cette disposition du rectum, qui est particulière aux sodomistes. Le pourtour de l'anus, la muqueuse du rectum sont rouges et présentent une surface granulée. Le suintement a les caractères spécifiques du muco-pus ; quant à la douleur, c'est encore de l'ardeur, de la cuisson, symptômes accompagnés de besoins plus fréquents de défécation, et augmentés en allant à la garde-robe.

Cette blennorrhagie suit la marche ordinaire ; la douleur précède le suintement, et, lorsque la guérison s'avance, la rougeur et la sensibilité de la muqueuse diminuent, l'écoulement devient plus clair, filant, muqueux, enfin il cesse complétement.

5° Blennorrhagie des paupières (*Ophthalmie blennorrhagique*). — C'est la maladie la plus grave que le médecin soit appelé à traiter. On l'a rapportée souvent à la métastase, mais dans son état primitif, elle est toujours le résultat de l'application fortuite et directe du muco-pus, ainsi que M. Ricord en convient (1).

Le premier symptôme accusé par le malade est un sentiment de chaleur et de prurit et celui de la présence d'un grain de poussière dans l'œil. Les paupières

(1) *Traité de la maladie vénérienne*, de Hunter, p. 378.

sont les premières à se congestionner; elles rougissent, leurs bords sont unis par un mucus qui se dessèche; cette rougeur envahit rapidement la conjonctive oculaire par laquelle la maladie commence quelquefois.

La sécrétion morbide s'établit avec une grande rapidité. Elle se compose d'abord de muco-pus, qui forme des traînées dans le sillon oculo-palpébral, et devient très-vite franchement purulent et d'une extrême abondance. Cet écoulement est aussi parfois clair, séreux, blanc-jaunâtre, pâle; il ruisselle sur la joue, surtout quand on essaye d'entr'ouvrir les paupières, et excorie les endroits qu'il touche.

Une partie de cet écoulement se concrète sous la forme d'une couche diphthéritique, qui reste à la surface du globe oculaire et à la surface des paupières, où elle adhère assez fortement.

A mesure que la maladie s'aggrave, la conjonctive s'injecte, se gonfle et se ramollit, le tissu cellulaire sous-conjonctival s'infiltre et un chémosis de consistance presque charnue ou œdémateuse entoure la cornée.

Les paupières se gonflent en même temps, forment une tumeur rouge, tendue, luisante, qui n'est susceptible d'aucun mouvement. La paupière supérieure recouvre presque entièrement la paupière inférieure; ou bien l'une et l'autre se renversent, donnant ainsi lieu à un ectropion très-grave, qui se trouve étranglé par la constriction spasmodique de l'orbiculaire des paupières.

Lorsque les symptômes organiques sont arrivés à ce

point, l'écoulement devient très-purulent, quelquefois sanieux et sanguinolent.

Il arrive enfin que l'inflammation de la conjonctive devient phlegmoneuse ; le chémosis prend alors une consistance charnue et la cornée s'altère très-rapidement.

Celle-ci reste quelquefois intacte, au moins l'est-elle toujours au début ; au bout de quelques jours, elle devient opaque, grise, puis se ramollit et s'ulcère dès qu'une infiltration purulente s'y est établie. C'est alors qu'on voit s'y former de petits abcès dont la rupture entraîne également la sienne. Dans le cas de chémosis phlegmoneux, un cercle opaque jaunâtre se forme à la circonférence de la cornée et tend peu à peu à envahir les parties restées saines jusque-là.

La cornée se détache parfois en une seule masse et l'œil se vide : l'humeur aqueuse est expulsée avec le cristallin, et l'iris vient faire hernie à travers l'ouverture qui s'est formée.

Lorsque la guérison doit avoir lieu, l'écoulement prend les caractères de la sérosité, diminue en quantité, tandis que la rougeur et le gonflement de la muqueuse s'effacent.

La douleur causée par l'ophthalmie blennorrhagique est d'abord assez légère, mais elle augmente rapidement, devient pongitive, s'accompagne de photophobie, s'étend à la tête et même aux nerfs dentaires, revêtant alors le caractère pulsatif.

La fièvre existe rarement au début ; elle se développe lorsque les altérations profondes s'établissent.

La marche de cette maladie est insidieuse et rapide. Insidieuse, parce qu'après être restée stationnaire pendant quelque temps, elle prend tout à coup une gravité extrême; rapide, parce qu'elle peut amener la perte de l'œil, même en quelques heures.

Cette maladie, toutefois, est capable de guérison. Dans ce cas, les taches de la cornée disparaissent, les ulcères se cicatrisent, laissant des traces indélébiles quand ils ont eu une certaine profondeur. Le staphylôme, les adhérences de l'iris, les granulations fongueuses sont aussi des altérations fréquentes à la suite de la blennorrhagie de l'œil.

Le pronostic est toujours très-grave, surtout quand la maladie marche rapidement.

6° Coryza blennorrhagique. — Il est dû, comme l'ophthalmie, à l'application directe du muco-pus; ses symptômes se rapprochent de ceux que j'ai indiqués pour les autres muqueuses.

Une sensation de chaleur et de cuisson, la rougeur et le gonflement de la membrane pituitaire, un écoulement nasal peu abondant d'abord, muqueux, puis muco-purulent, verdâtre, épais, excoriant les narines et la lèvre supérieure : tels sont les symptômes qui le caractérisent. Ce qui le distingue du coryza ordinaire, c'est sa persistance, la propagation de l'état congestif aux parties profondes des fosses nasales et l'abondance de la sécrétion. Cette espèce de blennorrhagie est excessivement rare.

7° Otite blennorrhagique. — Elle est rare, très-opiniâtre, se caractérise aussi par la rougeur de la partie

interne du conduit auditif, son boursouflement et la sécrétion caractéristique. Cette blennorrhagie est très-douloureuse et cause parfois, mais non toujours, la surdité.

8° Stomatite blennorrhagique. — M. Baumès en cite un curieux exemple. Il s'agit d'un homme ayant appliqué ses lèvres sur la vulve d'une femme atteinte de blennorrhagie, et chez lequel survint à la lèvre inférieure une plaque rouge et granulée, en tout semblable à celle qu'on trouve sur le col utérin dans le cas de blennorrhagie. Cette rougeur s'accompagnait d'un sentiment de cuisson et de chaleur, et d'un écoulement muco-purulent caractéristique. Le contact des aliments et celui des corps étrangers était très-douloureux.

Le même auteur ajoute que la maladie peut être portée au fond de la gorge par une application directe et contre nature que la débauche invente et pratique de nos jours. Ici, c'est encore la rougeur et l'état granulé de la muqueuse qui sont caractéristiques ; la sécrétion le serait également, si on pouvait l'apprécier ; mais elle est dénaturée par la salive, et surtout échappe en raison de la position et des fonctions de l'organe affecté.

On dit avoir observé la blennorrhagie dans le creux ombilical, où elle serait caractérisée par la rougeur, l'excoriation de la peau, un sentiment d'ardeur prononcé et une sécrétion caractéristique. C'est là plutôt une appréciation théorique qu'un fait d'observation.

J'ai dit plus haut (p. 223) que le canal de l'urètre et le vagin pouvaient être le siége d'écoulements non blennorrhagiques. Ceux-ci ont été divisés en écoulements syphilitiques, psoriques, syçosiques et scrofuleux, dont j'ai donné les caractères d'une façon assez complète pour qu'il soit inutile d'y revenir.

§ II.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHAGIE PRIMITIVE.

Le traitement de la blennorrhagie primitive a été divisé en *préservatif*, *abortif* et *curatif*.

J'ai dit déjà (p. 275) la nullité du *traitement préventif* des maladies vénériennes en général ; il n'y a point d'exception en faveur de la blennorrhagie. Faut-il nous en plaindre ? Non, certes. « La découverte d'un moyen « préservatif infaillible, s'il était possible de le décou- « vrir, serait une prime d'assurance accordée à la dé- « bauche. Les conséquences de cette dernière sont « plus étendues que l'infection syphilitique ou blen- « norrhagique. Nous savons aujourd'hui à quelle pro- « géniture donnent naissance les peuples énervés par « les plaisirs des sens, de quelles grandes actions, de « quelles nobles pensées ils sont incapables. A cet « égard, comme à bien d'autres, la science, d'accord « avec la morale, proclame les mêmes résultats. Dans « son état actuel de développement, elle déclare donc « qu'il n'est point de moyen préservatif assuré contre « l'infection blennorrhagique ; et, au lieu de se plain-

« dre d'un pareil résultat, elle s'en applaudit dans l'in-
« térêt des sociétés et des individus (1). »

Le *traitement abortif* auquel M. Diday accorde une grande importance et qui a été bien souvent repoussé depuis Swédiaur jusqu'à nos jours, le traitement abortif est jugé et condamné par ce seul fait que la blennorrhagie est le premier degré d'une diathèse et qu'on ne fait pas avorter une maladie virulente.

L'école homœopathique l'a formellement répudié, et cela pour des raisons qu'il me suffira de transcrire dans les termes mêmes où elles ont été formulées.

« Essayer de faire avorter une blennorrhagie, dit
« M. Léon Simon, père, c'est satisfaire à l'impatience
« du malade et ne point traiter la maladie. Consultez
« l'expérience, elle vous dira les nombreux dangers
« auxquels vous exposez ceux qui se confient à une
« pareille méthode. Interrogez le raisonnement, il
« vous montrera qu'un moyen abortif agit comme
« perturbateur, ou comme répercussif; qu'ainsi, s'il
« est assez puissant pour masquer les symptômes, il
« ne peut rien contre la cause ; qu'il laisse le malade
« sous le poids de la force morbide devenue d'au-
« tant plus puissante qu'elle a été plus contrariée dans
« sa marche nécessaire (2). »

Reste donc le *traitement curatif*, le seul auquel nous puissions avoir recours.

Lorsqu'on a traité par l'homœopathie un certain nombre de blennorrhagies primitives, on est surpris de

(1) Léon Simon père, *Mém. sur la blennorh.*, p. 363.
(2) *Idem*, père, *loc. cit.*, p. 366.

la différence de leur durée. Tantôt la maladie marche franchement, elle cède en quelques semaines ; tantôt elle semble résister aux médicaments et se prolonge beaucoup plus.

Au reste, cette différence se retrouve plus marquée encore en allopathie. Il n'est pas rare, tout le monde le sait, de rencontrer des sujets qui ont eu des écoulements dont la guérison ne s'est pas fait attendre; mais il est plus commun encore d'en rencontrer chez lesquels la maladie se perpétue sous la forme d'un suintement intarissable.

Je dois dire que je n'ai jamais vu ce résultat se produire chez ceux que j'ai traités dès le début ; chez aucun il n'est resté de blennorrhée, seulement les uns ont été guéris en quelques semaines, les autres dans l'espace de trois à six mois.

Sur vingt cas réunis par le docteur Rückert, la maladie s'est prolongée de vingt-quatre heures à huit, quatorze, vingt-six jours et à trois semaines. Le docteur Müller l'a vu varier de seize jours à quatre ou cinq mois (1).

Cette variabilité tient à plusieurs causes : d'abord, aux fautes de régime commises par le malade, et par régime il faut entendre non-seulement l'alimentation, mais encore le genre de vie tout entier. Rien ne s'oppose plus à la guérison d'une blennorrhagie qu'une alimentation épicée, excitante, que l'usage des vins capiteux, des liqueurs, je dirai aussi que l'habitude si

(1) Rückert, *Klinische Erfahrungen*, vol. II, p. 109.

exagérée du cigare. Le tabac ayant la propriété de faire naître sur l'homme sain des symptômes d'irritation de la muqueuse urétrale : l'inflammation et l'agglutination des lèvres du méat urinaire, des érections nombreuses, des douleurs en urinant, il est facile de comprendre qu'il soit un moyen d'entraver l'action des autres médicaments et de maintenir une irritation médicinale artificielle alors que la congestion spécifique aurait disparu.

La fatigue corporelle, les courses forcées, l'équitation, la danse, la gymnastique, le coït et l'onanisme, sont aussi des obstacles à la guérison de la maladie.

Un autre motif d'insuccès se trouve dans la difficulté de choisir le médicament convenable ; non pas que la matière médicale homœopathique ne soit riche à cet égard, mais parce que la blennorrhagie se présentant, à un certain moment de sa durée, avec des symptômes peu nombreux, il devient très-difficile de distinguer entre deux substances analogues. Or, ce n'est jamais quand la maladie est à son apogée, quand elle se présente avec les lésions de sensations, de fonctions et de texture qui la caractérisent, que le choix du médicament est difficile ; mais seulement lorsque la douleur, les érections, les envies d'uriner ayant cessé, on se trouve aux prises avec un écoulement presque indolent et sans aucun autre symptôme. La blennorrhagie rentre alors dans ces affections dont Hahnemann parle au § 172 de l'*Organon*, et dont la thérapeutique est rendue difficile à cause du petit nombre de leurs manifestations.

Il ne faut pas oublier non plus que la maladie, dont il est question en ce moment, ne cède jamais à un médicament unique, ce qui tient aux différences symptomatologiques de ses phases diverses. Le grand point est donc de changer le médicament en temps opportun, d'observer entre chacun d'eux les intervalles de repos nécessaires, de tenir compte enfin des aggravations qui peuvent se produire.

Je ne crains pas de le dire : en observant toutes ces précautions, on guérira la blennorrhagie avec les médicaments homœopathiques, sans recourir aux moyens douloureux et indirects de l'allopathie, et sans laisser le malade exposé à des transformations redoutables ou à des suites pénibles de l'accident primitif.

Parmi les médicaments recommandés pour la blennorrhagie primitive, il en est un qui est essentiel ; il joue, par rapport à cette affection, le rôle du mercure par rapport à la syphilis ; ce médicament est le CANNABIS SATIVA. Il convient, quel que soit le siége de la maladie, est approprié à plusieurs de ses périodes, ce qu'expliquent et justifient les symptômes qu'il a puissance de produire chez l'homme sain : sur le gland et le prépuce, la rougeur, la douleur allant du prurit à la cuisson et à la brûlure, le suintement, le gonflement et les gerçures; dans le canal de l'urètre, la douleur, les érections, l'écoulement muco-purulent, et aussi le suintement muqueux, clair, transparent à la période de déclin ; chez la femme, la leucorrhée caractéristique ; sur le globe oculaire, les signes

d'ophthalmie violente. Bernstein l'emploie presque exclusivement dans les gonorrhées qui datent de dix à quatorze jours, trois semaines au plus ; il donne d'abord *cannabis* seul, puis cannabis alterné avec sulphur, en les donnant de deux jours l'un ; la douleur étant passée, il termine par *sulphur* seul.

Cependant, pour être d'une application très-générale, le CANNABIS n'est pas un médicament d'une efficacité absolue. S'il est indispensable au traitement de la blennorrhagie type, il ne suffit pas à la guérir ; il est donc nécessaire de fixer ses indications et de déterminer celles des substances qui doivent le remplacer pour chacune des formes morbides dont j'ai donné la description.

1° BALANITE ET POSTHITE. — Le premier médicament à prescrire est le CANNABIS, pourvu que la rougeur soit vive, le suintement épais, jaune, formant des taches verdâtres, la douleur aiguë, ayant les caractères de la cuisson et de la brûlure. Un gonflement modéré du prépuce n'est pas une contre-indication.

Le *cannabis* doit être donné à la 18e et à la 24e dilution, en globules, rarement en gouttes ; on répète la dose de trois à quatre fois par jour, au plus.

Le premier effet de ce médicament est d'augmenter l'écoulement, qu'il rend plus épais et plus vert ; mais de diminuer la rougeur, la douleur et le gonflement. Il faut alors laisser réagir le malade pendant trois à quatre jours, huit jours au plus, et passer ensuite à une autre substance. SULPHUR et NATRUM MURIATICUM sont indiqués ; SULPHUR, si le suintement reste épais, si la dou-

leur cuisante et pruriteuse conserve son intensité, surtout si le malade avait présenté autrefois des symptômes d'herpès.

NATRUM MURIATICUM, quand l'écoulement a diminué de beaucoup, que la douleur est presque nulle, le gland et le prépuce étant encore couverts de taches rouges parfaitement limitées.

Ces médicaments doivent être donnés comme le *cannabis*, à des dilutions élevées, de la 24e à la 30e et au delà.

Enfin, le suintement étant diminué et ayant repris les caractères d'un smegma trop abondant, SEPIA terminerait la guérison. Il suffirait de la donner à la 30e dilution, à la dose de 5 à 8 globules dissous dans une potion de 125 gr., dont le malade prend une cuillerée à bouche le matin et une le soir.

D'autres médicaments peuvent être encore recommandés :

Corallium, quand la surface interne du prépuce est largement et profondément excoriée;

Graphites, lorsqu'un mucus épais et adhérent recouvre le gland;

Mezereum, lorsque les surfaces malades sont recouvertes de granulations très-apparentes et rouges;

Mercurius corrosivus, lorsque la sécrétion anormale se compose d'une matière grasse, épaisse répandant une mauvaise odeur;

Mercurius solubilis, dans le cas de rougeur foncée avec suintement d'un jaune clair ou sanguinolent, chaleur et gonflement des parties malades;

Natrum carbonicum, si, à la fin d'une balano-posthite, le gland reste gonflé, excorié, la sécrétion et l'accumulation du smegma étant très-abondantes ;

Nitri acidum, s'il y a des exulcérations très-superficielles ;

Rhus toxicod., quand il y a paraphimosis et que le gland est couvert de taches rouges, le suintement étant peu abondant. Ce médicament, toutefois, se rapporte davantage aux affections herpétiques qu'à la blennorrhagie.

Il n'en est pas de même de CINNABARIS, qui est le médicament spécifique quand il existe un phimosis ou un paraphimosis inflammatoire ou œdémateux.

Dans le cas où le phimosis devient *phlegmoneux*, *hepar sulphuris* doit être prescrit ; on le donne jusqu'à ce que l'abcès soit ouvert. Il faut le prescrire à la 12e ou à la 18e dilution, à la dose de 6 globules à 1 goutte dans une potion ordinaire. L'effet de ce médicament est de hâter la rupture de l'abcès. Celui-ci étant vidé, *silicea* doit remplacer le foie de soufre ; on le donne à la 24e ou à la 30e dilution, et en globules. Si l'ulcération, au lieu de se cicatriser, tend à devenir fistuleuse, *graphites* et *sanguinaria canadensis* deviendraient très-utiles ; il faudrait les donner comme *silicea*.

J'ai supposé, jusqu'à présent, que le phlegmon s'était formé dans l'épaisseur du prépuce ; mais si la collection purulente s'est faite entre le gland et ce repli, ainsi que je l'ai indiqué (p. 592), les médicaments ne sont pas les mêmes. Il ne s'agit plus alors, en effet, d'un

abcès véritable, mais bien d'une accumulation du muco-pus par obstacle mécanique. Il faut donc diminuer le gonflement préputial avec le CINNABARIS, et chercher, par une compression bien dirigée, à faire sortir les liquides retenus dans le sillon balano-préputial. Si les accidents étaient menaçants, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une ponction avec le bistouri.

Le *phimosis* et le *paraphimosis gangréneux* seront traités comme il a été dit, p. 342.

2° BLENNORRHAGIE URÉTRALE CHEZ L'HOMME. — Cette maladie présente, dans sa durée, quatre moments distincts ; le début, l'apogée, le déclin, enfin cet instant où tous les autres symptômes ayant disparu, il ne reste plus qu'un suintement muqueux, peu abondant, qui agglutine les lèvres du méat et laisse sur le linge de petites taches tout à fait incolores.

Au début, le malade peut se présenter avec des craintes éveillées par un sentiment d'ardeur, de prurit et de fourmillement sans aucune espèce d'humidité du canal : *Bignonia radic. minor* a été recommandée pour cette période par les docteurs Haubold, Müller, Noak et Walhe (1).

On doit faire ici une remarque, c'est qu'il y a beaucoup de sujets chez lesquels ces sensations se produisent après quelque excès de coït, sans qu'il y ait eu contagion ; qu'il ne faut pas conclure, par conséquent, que le médicament a fait avorter la maladie, parce que l'écoulement n'a pas paru. De plus, cette substance

(1) Rückert, *loc. cit.*, p. 72.

nous étant absolument inconnue dans ses effets sur l'homme sain, il est impossible d'établir ici le moindre contrôle. Or, les lésions de sensation dont il est question en ce moment, disparaissent d'elles-mêmes après quelques jours de repos, lorsqu'elles ne sont pas le signe d'une blennorrhagie commençante, l'action thérapeutique de *bignonia* est donc tout aussi obscure que son action physiologique.

Il y a bien plus de certitude, au point de vue du diagnostic, lorsque la chaleur, le prurit et le fourmillement, ressentis dans l'urètre, sont accompagnés d'un écoulement muqueux, blanchâtre, encore peu abondant. S'il s'agit d'un sujet qui n'a jamais eu de gonorrhée, il n'y a pas à hésiter ; l'existence de la blennorrhagie est indubitable. Seulement elle se présente dans un état de simplicité absolue. *Petroselinum* est indiqué en pareil cas; on le donne à une dilution moyenne, à la dose d'une goutte dans une potion de 125 gr., dont le malade prend de quatre à huit cuillerées en vingt-quatre heures. Ce médicament, recommandé par Hahnemann, a été souvent employé en homœopathie (1), et, s'il a été souvent infidèle, cela tient à ce qu'on l'a prescrit après le développement complet de tous les symptômes, ou dans des cas plus compliqués. Le *petroselinum* réussit également à ces malades qui ont eu des gonorrhées mal guéries, et chez lesquels le moindre excès de coït ramène un écoulement catarrhal.

Lorsque la blennorrhagie est complétement déve-

(1) Voy. un Mémoire de Lahurthe, *in Archives*.

loppée, CANNABIS est le seul médicament auquel on puisse songer. On le donne à la 12e ou à la 18e dilution, à la dose de 4 à 5 globules à 1 goutte. Cette maladie étant de celles qu'on tient à dissimuler et pour lesquelles on n'interrompt pas ses occupations, on est souvent obligé de donner les médicaments à sec au lieu de les faire prendre en potion ; on prescrit alors de 2 à 3 globules chaque fois, et on répète cette dose deux à trois fois par jour, au plus ; quand on ordonne une potion, on peut en donner une cuillerée toutes les six ou huit heures.

Le premier effet du *cannabis* est souvent de produire une aggravation ; les douleurs deviennent plus vives, les érections plus fréquentes et plus douloureuses, l'écoulement plus épais, plus vert et plus abondant. Il faut alors arrêter le médicament et laisser à la réaction un intervalle de repos de quelques jours. Si cette aggravation était trop forte, on la calmerait avec *camphora ;* mais il vaut mieux s'arrêter à temps, et ne point recourir aux antidotes.

L'effet de *cannabis* étant épuisé, on observe toujours une modification dans les symptômes; ou bien l'écoulement a diminué, est devenu plus clair, mais les douleurs persistent ; SULPHUR doit alors succéder à *cannabis.*

Ou bien, les douleurs surtout se sont apaisées, et l'écoulement, tout en diminuant de consistance, et en devenant plus jaune, reste le même en quantité ; dans ce cas NATRUM MURIATICUM doit être préféré au *sulphur.*

Enfin, les douleurs étant de beaucoup amoindries, l'écoulement reste purulent, épais, formant sur le linge

des taches vertes caractéristiques ; il est plus abondant la nuit que le jour; dans cette hypothèse, MERCURIUS SOLUBILIS se trouve indiqué.

Lorsque la blennorrhagie ne présente aucune complication, elle cède aux médicaments sus-indiqués; ceux-ci suffisent à la guérir ; l'observation suivante en est la preuve.

Première observation. — M. de M..., 28 ans, tempérament lymphatico-sanguin, me consulta en novembre 1850 pour une blennorrhagie contractée huit jours auparavant, et dont les symptômes s'étaient caractérisés le quatrième jour à partir du coït.

L'écoulement était épais, d'un jaune verdâtre, abondant, laissant sur le linge des taches vertes très-étendues; les douleurs de brûlure et de cuisson accompagnaient l'émission des urines; elles se faisaient sentir surtout au niveau de la fosse naviculaire ; le membre viril était gonflé, le gland rouge et luisant, le méat était d'un rouge vif et tuméfié ; érections très-pénibles la nuit, soulagées seulement en se levant et par des lotions d'eau froide. Courbature , langue blanche, muqueuse, anorexie, constipation.

20 nov. 1850. *Cannabis sativa*, 18e goutte pour 125 gr. d'eau alcoolisée ; prendre toutes les six heures une cuillerée de cette potion.

23 nov. Écoulement moins épais, plus jaune , plus muqueux, faisant des taches jaunes et raidissant le linge ; douleurs beaucoup moindres pendant la miction, érections presque nulles. Disparition des symptômes généraux.

Prescription. — Repos de deux jours pour la réaction, puis *natrum muriaticum*, 24/6 globules dans une potion, trois cuillerées par jour.

27 nov. Écoulement presque nul, séreux; douleurs un peu plus vives en urinant; bien du reste.

Sulphur trit., 30/5 glob., donné *ut suprà.*

1er décembre. Très-bien, écoulement presque nul, la douleur a disparu.

Pas de médicament

Je revois le malade huit jours après ; la guérison est complète.

Deux ans plus tard, le même malade, après avoir subi une nouvelle contagion, dont il pouvait indiquer la source, revint avec une nouvelle blennorrhagie, tout aussi aiguë que la première.

Il reçut d'abord *cannabis*, 12e dilut., dont il prit 5 globules matin et soir, pendant 2 jours. Au bout de ce temps, l'écoulement était resté très-épais, blanc-jaunâtre, formant des taches vertes la nuit, tandis que le jour il était beaucoup plus séreux et laissait des taches blanchâtres sur le linge. Le canal de l'urètre était le siége de picotements assez vifs, en urinant.

Prescription. — Prendre matin et soir 4 globules de *mercurius solubilis*, à la 6000e dilution, et ensuite *sulphur trit.*, 6000e, 4 globules matin et soir, pendant 48 heures aussi. Ces deux médicaments furent séparés l'un de l'autre par un repos de 4 jours.

Au bout de ce temps, l'écoulement était devenu complétement séreux, très-peu abondant, et une lé-

gère douleur se faisait sentir à la racine de la verge, par la pression.

Après 6 jours de repos, 4 doses de sulphur 18/4 globules, prises à 24 heures d'intervalle l'une de l'autre, firent cesser ces symptômes, et la guérison fut dès lors complète.

Réflexions. — La première pensée qui se présente à la lecture de cette double observation, est de se demander si la seconde blennorrhagie n'aurait pas été simplement une rechute de la première ; mais le long espace de temps qui s'est écoulé entre ces deux infections, l'état de santé absolue dans lequel le malade s'était trouvé pendant ces deux années, l'égale acuïté des symptômes observés dans les deux cas, prouvent qu'elles dépendaient l'une et l'autre d'une infection distincte.

Ce malade a donc été atteint, en réalité, de deux blennorrhagies, toutes deux ayant cédé aux mêmes agents, toutes deux ayant été parfaitement guéries sans le secours des injections, et cela en moins de quinze jours pour chaque fois.

On voit aussi par ce fait que les médicaments, lorsqu'ils sont parfaitement appropriés à la maladie, réussissent également bien quand on les donne dans une potion et quand on les fait prendre en globules ; sa dernière partie dépose de plus en faveur des hautes dilutions.

J'ajouterai que j'ai eu occasion de voir plusieurs fois ce malade depuis 1852, et que jamais aucun symptôme n'a reparu du côté de l'urètre ; jamais ce monsieur n'a

présenté aucune affection qu'il fût possible de rattacher à ces deux blennorrhagies; et cependant il est loin d'observer le célibat.

Mais la gonorrhée ne se présente pas toujours sous une forme aussi franche, d'où il résulte que le CANNABIS, le NATRUM MURIATICUM, le MERCURIUS SOLUBILIS et le SULPHUR ne suffisent pas toujours à sa guérison.

On a recommandé alors : *Agave americana*, médicament absolument empirique, dont les effets purs nous sont inconnus, mais qui aurait réussi, ainsi que le rapporte le docteur Rosenberg, dans un cas de gonorrhée violente, très-douloureuse, avec cordée, strangurie, tiraillements dans les cordons et les testicules, douleurs qui s'étendaient jusqu'à la cuisse. Le malade avait été traité en vain par l'allopathie ; le médicament lui fut donné sous forme d'extrait et à la dose de quelques grains (1).

Nous n'avons pas le droit, sans doute, de repousser d'une manière absolue une semblable indication. Cependant, il faut convenir qu'en l'absence des données de l'expérimentation pure, elle perd beaucoup de sa valeur, et que si l'*agave americana* a remplacé avec avantage le copahu et le cubèbe, rien ne prouve qu'il soit préférable au *cannabis* et au *natrum muriaticum*.

CANTHARIDES, qui est beaucoup mieux connu et dont les indications sont beaucoup mieux justifiées, n'a pas une action spécifique sur la blennorrhagie. Il

(1) Voyez Rückert, *loc. cit.*, p. 75.

s'adresse seulement aux symptômes d'inflammation suraiguë survenant chez les sujets irritables, qui ont aggravé leur maladie par l'usage de boissons irritantes, par la fatigue, en se livrant au coït ou à l'onanisme.

Cantharides est indiqué par les symptômes suivants : gonflement, rougeur du méat urinaire, où se fait sentir une douleur de plaie et de cuisson en urinant, forte douleur de brûlure en urinant, besoins fréquents d'uriner, amenant parfois des efforts inutiles ; ou un écoulement d'urine goutte à goutte et au milieu de souffrances extrêmes ; quelquefois même rétention d'urine complète ; érections très-douloureuses la nuit, allant jusqu'à la cordée, écoulement urétral purulent et mêlé de sang.

L'effet des cantharides est de ramener la blennorrhagie à sa simplicité ordinaire, et de permettre de recourir avec avantage à l'un des médicaments indiqués plus haut.

Capsicum annuum est moins important ; il réussit quand la douleur est brûlante pendant l'émission de l'urine, lancinante et brûlante en dehors de la miction, et quand l'écoulement est épais et blanc comme de la crème.

Copaïva balsam., dont les effets pathogénétiques nous sont encore mal connus, a paru réussir au début de la maladie, tant qu'il n'y a pas les besoins d'uriner qui deviennent si fréquents un peu plus tard.

Nitri acidum vient après cantharides, si l'écoulement, en étant moins douloureux, reste sanguinolent.

Polygonum maritimum, purement empirique, indiqué encore par le docteur Rosenberg comme ayant réussi à calmer des douleurs extrêmement vives pendant la miction, douleurs qui se faisaient sentir chez un sujet atteint de gravelle et qui avait contracté une gonorrhée. Ces douleurs étaient tellement aiguës qu'elles causaient un tremblement général et arrachaient des pleurs (1).

Tussilago petasites, médicament essentiellement dû à l'empirisme, et qui aurait réussi chez les sujets hémorrhoïdaires et débauchés, de caractère irritable, la douleur étant très-aiguë, mais exclusivement limitée à la fosse naviculaire.

Acidum fluoricum serait utile pour les rechutes qui surviendraient dans les gonorrhées traitées par le *tussilago* (2).

Le malade chez lequel ce dernier médicament réussit, éprouva tout d'abord de la douleur en urinant, puis il vit paraître à l'orifice de l'urètre une goutte de mucus jaune. En même temps, une sueur oléagineuse d'une odeur pénétrante s'établit autour des organes génitaux.

Avec les médicaments qui précèdent, il est toujours possible de triompher de la période d'acuïté de la blennorrhagie, et aussi d'arriver à réduire l'écoulement muqueux à de très-petites proportions, souvent même d'en triompher complétement. Mais on rencontre aussi des malades chez lesquels l'inflammation

(1) Rückert, *loc. cit.*, p. 95.
(2) *Ibid.*, p. 85 et 103.

du méat persiste ; les lèvres de ce dernier formant un petit bourrelet rouge. *Hepar sulphuris* suffit souvent à faire cesser ces dernières traces de la maladie. Ou bien un mucus visqueux et filant vient agglutiner les bords de l'orifice de l'urètre : *sulphur, sepia* sont souvent utiles alors. Mais il y a deux substances qui mériteraient, dans ce cas, plus d'attention qu'on ne leur en accorde, je veux dire *borax veneta* et *digitalis*, l'un et l'autre ayant la puissance de produire sur l'homme sain les symptômes dont je parle (1).

(1) Le *blennorrhin* a été aussi recommandé ; il ne se retrouve pas, néanmoins, dans la liste des substances indiquées par le docteur Rückert. Son emploi ramènerait à l'isopathie dont j'ai dit déjà l'insuffisance et les dangers, à propos de la syphilisation. Cette question étant de celles que l'on n'abandonne pas facilement, je rappellerai de nouveau les termes dans lesquels elle a été résolue en regard de la *blennorrhagie* et du *blennorrhin*.

« J'avoue, dit M. Léon Simon père, n'avoir jamais fait usage « de ce moyen qui n'est pas de l'*homœopathie*, mais de l'*isopa-* « *thie*. J'ai fait quelques essais d'isopathie, surtout dans le trai- « tement des affections herpétiques, et leur résultat ne m'a pas « encouragé à pousser plus loin de pareilles tentatives. J'ai ob- « tenu, par cette méthode, des aggravations si vives et si persis- « tantes que j'ai cru y reconnaître plutôt les symptômes d'une « nouvelle infection qu'une action thérapeutique. La réflexion « m'éloignerait plus encore de l'isopathie qu'elle ne m'en rappro- « cherait. S'il y a quelque chose de séduisant à penser qu'il entre « dans les vues de la nature que l'homme porte en soi-même le « remède à tous ses maux, il n'est pas moins logique d'admettre « que nous ayons besoin de secours étrangers pour soulager nos « misères. Il n'est pas dans les lois de l'ordre universel que « l'homme individu se suffise à lui-même, et c'est ce qui arrive- « rait en médecine si l'isopathie était fondée. On a cité quelques « faits de guérison par cette méthode ; ces faits voudraient être « soumis à une analyse un peu sévère, et cette analyse manque

Le mode d'administration de ces divers médicaments est toujours le même ; il faut employer des dilutions d'autant plus élevées, que la maladie se rapproche davantage, par sa marche, des maladies chroniques ; les dilutions moyennes ne doivent être préférées que dans la période aiguë. La dose ayant été déterminée, il faut la répéter de moins en moins souvent à mesure que la guérison avance ; il est rare que, dans les deux dernières périodes, on soit obligé de la répéter plus de deux à trois fois par jour.

On s'est demandé souvent s'il convenait de recourir aux injections comme moyen accessoire. Il est évident que la réponse doit être négative. D'abord les injections astringentes et caustiques sont inutiles ; quand on arrive à bien choisir le médicament, la guérison s'obtient sans leur secours. De plus, elles sont nuisibles, eu égard à l'action des agents homœopathiques, lesquels tendent à abréger les différentes périodes de la maladie, mais non à les éviter.

Quant aux injections émollientes, dont l'effet serait de nettoyer le canal, elles seraient aussi superflues, l'émission des urines ayant le même résultat, et, de plus, ayant l'avantage de repousser le muco-pus d'arrière en avant au lieu de le renvoyer vers la vessie.

Les bains généraux ont plus d'avantage. Les ma-

« aux faits rapportés. Je ne conseillerais l'isopathie dans aucun « cas, et je la redouterais dans toutes les maladies miasmati- « ques. Au surplus, cette méthode, dont on a parlé pendant « quelque temps, me paraît complétement abandonnée. » (*Mém. sur la blennorrhagie*, p. 372.)

lades les redoutent, parce que, disent-ils, ils augmentent l'écoulement. La raison est mauvaise, car la blennorrhagie n'est ni plus longue ni plus rebelle, parce que la sécrétion muco-purulente est plus abondante. Or, le bain a l'avantage de diminuer les envies d'uriner et la douleur qui accompagne la miction; à ce compte, il ne faut pas le négliger dans la période d'acuïté de la maladie.

Il est également nécessaire de faire prendre au malade une boisson capable de le désaltérer en augmentant la quantité des urines. Le sirop de cerises étendu d'eau est la tisane qui est préférable à toutes les autres.

La blennorrhagie urétrale, pendant son cours, peut s'étendre, ainsi qu'il a été dit, et envahir des tissus et des organes divers, d'où résultent des complications. Quelques-uns de ses symptômes peuvent aussi prendre un développement inaccoutumé, ce qui nécessite l'emploi de certaines substances. Ces symptômes deviennent quelquefois assez importants pour paraître dominer la maladie, il importe de les effacer tout d'abord. Il faut citer parmi eux :

1° L'*ischurie*, la *dysurie*, la *strangurie*, qui dépendent soit du gonflement et de l'inflammation de la muqueuse urétrale, soit de l'envahissement du col de la vessie. *Cannabis* suffit souvent à calmer ce symptôme, sinon CANTHARIDES est très-efficace, surtout si les douleurs sont très-vives et le suintement purulent et sanguinolent. *Pulsatilla* et *nux vomica* seraient utiles après *cantharides :* le premier chez les sujets lympha-

tiques, le second chez les sujets irritables, hémorrhoïdaires, et si l'aggravation de la maladie tient à quelque excès de boissons spiritueuses ou de café. Si cette exacerbation était le résultat du coït pratiqué pendant la maladie, ou de l'onanisme, *belladona*, suivie d'*acidum phosphoricum*, serait préférable. *Capsicum annuum* et *petroleum* réussissent aussi quelquefois dans le cas de cystite.

Ces médicaments doivent être donnés à une dilution moyenne, à la dose de 6 à 8 globules à 1 ou 2 gouttes dans une potion de 125 gr.; on fait prendre de trois à six cuillerées en vingt-quatre heures. Les bains généraux sont ici très-utiles.

2° La *rétention d'urine* tient le plus ordinairement à un gonflement de la prostate; il faut donc la combattre à l'aide des substances que j'indiquerai à l'article *prostatite;* si elle est le résultat d'un spasme du col vésical, l'urine étant rouge, trouble, d'une odeur fade, laissant un dépôt épais, *camphora* est très-utile.

3° Le *priapisme* et la *cordée* cèdent souvent à *cantharides;* mais si les symptômes de dysurie ne sont pas très-prononcés, que les érections dominent, *thuja* doit être préféré à *cantharides*. On donne ce médicament à la 12e ou à la 18e dilution, souvent en gouttes.

4° L'*hématurie*, si le sang coule à plein canal, et qu'il y ait accélération du pouls, chaleur de la peau, courbature, en un mot, des signes d'éréthisme général, il faut débuter par *aconitum*, 12e, 1 goutte dans une potion de 125 gr., dont on fait prendre une cuil-

lerée de trois en trois heures. *Cantharides* remplace l'*aconit*, surtout si les douleurs sont vives en urinant et qu'un écoulement purulent accompagne l'hématurie; *cannabis* doit être donné après *cantharides*, lorsque ce dernier médicament a réduit l'hémorrhagie à un suintement sanguinolent mêlé à l'écoulement urétral. L'hémorrhagie étant arrêtée, la maladie reprend son cours habituel, et il faut revenir aux médicaments qui ont été indiqués plus haut, à *sulphur* en particulier. *Mezereum* est aussi, en pareil cas, d'une grande valeur.

Lorsque la blennorrhagie dépasse les limites du canal de l'urètre, elle amène des groupes de symptômes qui sont en rapport avec les fonctions des organes affectés et auxquels on a donné des noms divers.

Il y a : 1° la *cystite blennorrhagique ; cantharides* calme le plus souvent les douleurs vives et le ténesme qui l'accompagnent; il convient quand il y a rétention d'urine, laquelle tient d'ordinaire au gonflement des valvules du col vésical et au spasme, conséquence de a douleur; si le malade éprouve une sensation de poids dans le bas-ventre avec pression et élancements à la vessie, douleurs de brûlure et d'excoriation au col, violents besoins d'uriner avec écoulement d'urine goutte à goutte. Il répond aussi aux frissons, au froid glacial des mains et des pieds qui accompagnent la cystite, aux besoins d'aller à la selle, aux vomissements, à l'anxiété accusée par certains malades; les urines étant d'un jaune pâle, ou rouges, sanguinoentes, muqueuses.

Cannabis remplace les cantharides, lorsque ce médicament a diminué l'acuïté des douleurs, que le malade indique une sensation de poids sur la vessie, les urines coulant goutte à goutte avec douleur de brûlure et de déchirement dans le canal, l'urine étant claire comme de l'eau, ou trouble, rouge et coulant par un jet étroit, qui s'éparpille.

Nux vomica et *pulsatilla* succèdent souvent avec avantage au cannabis : le premier chez les sujets robustes, actifs, bilieux, qui indiquent une sensation de poids dans le bassin avec des besoins d'uriner, douloureux la nuit, constriction spasmodique du col vésical rendant l'émission de l'urine lente et difficile ; le second, chez les sujets lymphatiques et apathiques, s'il y a chaleur à la région vésicale, ténesme urinaire, brûlement et douleurs lancinantes au col de la vessie, besoins fréquents d'uriner, avec urine muqueuse, purulente, sanguinolente et visqueuse.

Les médicaments qui précèdent ayant calmé la douleur, et l'urine renfermant un dépôt purement muqueux, *dulcamara*, suivie de *calcarea carbonica*, met fin à cette complication.

2° *Néphrite.* Complication très-rare de la blennorrhagie primitive ; beaucoup plus fréquente avec la blennorrhagie consécutive. On l'arrêterait, dès son apparition, avec *cantharides*, *cannabis* et *pulsatilla*, donnés dans l'ordre où ils sont énumérés.

3° *Épididymite.* Les médicaments les mieux indiqués pour cette forme morbide sont : ACONIT, au début, quand il y a fièvre ardente, soif, agitation, gonfle-

ment, chaleur et rougeur des bourses du côté malade, et une grande sensibilité au toucher. Ce médicament doit être donné à la 12e dilution, à la dose d'une goutte dans une potion de 125 grammes; le malade en prend une cuillerée de deux en deux heures.

Pulsatilla est le médicament qui doit succéder à l'*aconit*, et que l'on donne même tout d'abord quand les symptômes fébriles ne sont pas très-intenses. Il convient surtout quand le gonflement de l'épididyme est considérable, la tumeur étant le siége d'une douleur pressive insupportable, les bourses rouges et chaudes, et le malade se plaignant de frissons continuels, de nausées, de vomissements. La pulsatille doit être donnée comme l'*aconit*, seulement à des intervalles plus éloignés, quatre fois par jour environ.

Clematis a paru être plus utile encore que la pulsatille; mais, en réalité, c'est un médicament souvent infidèle. On comprendra son inefficacité relative, en se rappelant que la clématite porte son action également sur les deux testicules, tandis que le propre de l'épididymite blennorrhagique est de n'envahir qu'un côté à la fois. Il ne faudrait pas repousser absolument ce médicament, qui pourrait être utile après *pulsatilla*, dans le cas où la tumeur resterait douloureuse au toucher et par le mouvement, la peau des bourses étant chaude et rouge, et quand il y a encore de la courbature, des tiraillements dans l'aine, des nausées et des vomissements.

Les symptômes inflammatoires ayant cédé sous l'influence des médicaments précédents, l'épididyme res-

tant seulement engorgé et le siége d'élancements sourds qui s'étendent jusqu'aux cordons spermatiques, *spongia tosta* compléterait l'action de la clématite, et *nitri acidum* serait très-utile ensuite, si le cordon restait engorgé.

Mercurius solubilis serait, au contraire, préféré à *clematis*, si un épanchement se formait dans la tunique vaginale, et qu'il s'accompagnât de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané. Dans ce cas, il est très-nécessaire de donner le *sulphur* après le *solubilis*, lorsque la rougeur des bourses et leur sensibilité ont diminué.

S'il arrivait que l'épanchement eût lieu sans réaction inflammatoire, *rhododendron chrysanthum* devrait être donné à la place de mercure.

On a recommandé encore *nux vomica*, quand il existe une douleur spasmodique suivant le trajet du cordon; si l'épididyme est dur, gonflé, élastique, le testicule étant retiré vers l'anneau inguinal; les bourses chaudes, gonflées, sensibles à la pression; surtout lorsque le gland est le siége d'une sensation de prurit; qu'il y a de la soif et de la constipation.

Rhus a été indiqué, pour être donné après le mercure, dans le cas d'inflammation profonde du tissu cellulaire sous-scrotal;

Staphysagria, quand une douleur pressive, lancinante et brûlante se fait sentir dans le testicule et le cordon;

Zincum, lorsque le testicule est gonflé et douloureux; indication insuffisante à tous égards.

Quand l'orchite devient parenchymateuse, *pulsatilla* et *mercurius* sont les médicaments les mieux indiqués : on les donne dans l'ordre où je les énumère. *Hepar sulphuris* succède au mercure, lorsque l'abcès tend à se former. *Silicea* remplace le foie de soufre, quand la tumeur est ouverte, et que la cicatrisation de la fistule se fait attendre.

Tous ces médicaments doivent être donnés à des dilutions qui varient entre la 18e et la 30e, en globules ou en gouttes, et à des intervalles d'autant plus rapprochés, que la marche de la maladie est plus aiguë.

4° Les *abcès péri-urétraux* prennent naissance lorsque la maladie, pénétrant en profondeur, envahit les glandules muqueuses, et y détermine une inflammation phlegmoneuse. Il n'est pas nécessaire, pour qu'il en soit ainsi, d'avoir affaire à une blennorrhagie très-intense, ainsi qu'il ressort d'une observation publiée dernièrement par M. le docteur Gouriet (de Niort) (1).

Ce travail morbide, ayant une fois commencé, ne peut guère être arrêté dans son développement; le mieux est donc de le favoriser : on y parvient en donnant *hepar sulphuris*, comme je l'ai indiqué tant de fois. Ce médicament a suffi chez un malade traité par le docteur Boyer. Ce malade avait une constitution scrofuleuse des plus marquées ; l'abcès survint à la fin

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, n° du 24 avril, 1860. Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, d'une constitution chétive, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, et chez lequel il se forma, à la fin du premier septénaire de la maladie, un vaste abcès vers le milieu de la verge. Cet abcès fut ouvert avec la lancette, et sa guérison fut rapide.

du second septénaire de la maladie; il fut accompagné d'un gonflement œdémateux considérable du prépuce et de la verge, gonflement qui disparut dès que l'abcès fut ouvert. Le foie de soufre hâta la formation du pus, qui fut évacué par une ponction, et après l'expulsion duquel la cicatrisation fut très-rapide, et eut lieu sans l'intervention d'aucun autre médicament.

5° La *lymphangite* cède à *belladona*, suivie de *pulsatilla*. Si les cordons lymphatiques restent durs, après que ces deux médicaments ont épuisé leur action, il faut faire prendre *sulphur*, qui complète la guérison.

6° Le *bubon blennorrhagique* réclame surtout le CARBO ANIMALIS, qui est alors spécifique, selon Caspari. S'il est insuffisant, *pulsatilla, belladona* et *mercurius* doivent le remplacer.

7° *Prostatite*. PULSATILLA est ici le médicament spécifique : en le donnant au début, on évite des accidents graves, c'est-à-dire la rétention d'urine, et la suppuration de la glande. Il faut faire prendre la pulsatille à la 18e ou à la 24e dilution, et en gouttes, quand on n'a pas à craindre la susceptibilité du malade.

L'état congestif étant diminué, mais non entièrement résolu, *thuja*, et peut-être aussi *phosphorus*, achèveraient de ramener la glande à son volume normal.

Si la prostate suppure, MERCURIUS SOLUBILIS doit succéder à *pulsatilla :* on le donne comme cette dernière. Enfin, l'abcès étant formé et reconnu, HEPAR SULPHURIS hâte sa maturation et le fait ouvrir.

Si la suppuration se prolongeait trop longtemps, *pulsatilla, phosphorus* et *silicea* devraient être employés. Il faudrait les donner à des dilutions élevées, 24 à 30, en globules, et à des intervalles éloignés, trois fois par jour au plus.

3° Blennorrhagie sèche. — Le premier médicament à prescrire est cannabis, qui aura souvent pour effet d'augmenter l'écoulement, et de mettre en saillie les symptômes ordinaires de la maladie.

Sulphur devrait succéder au cannabis, en raison de ce fait, que la douleur domine l'écoulement.

Celui-ci devenant muqueux, ce dont il est possible de s'assurer par le cathétérisme, *natrum muriaticum* remplacerait le sulphur.

Les complications de la blennorrhagie sèche seront traitées comme celles de la blennorrhagie avec écoulement.

4° Blennorrhagie urétrale chez la femme. — Elle ne réclame pas d'autres médicaments que ceux de la gonorrhée chez l'homme; comme elle est toujours accompagnée d'une affection semblable de la vulve ou du vagin, cette dernière caractérisera en général le médicament.

5° Blennorrhagie des organes génitaux de la femme. — Cette maladie occupe la vulve, le vagin et le col de l'utérus, mais elle ne change ni de nature ni de symptôme en changeant de siége. Il n'est donc pas surprenant de voir les médicaments appropriés à la blennorrhagie urétrale réussir également ici.

Cannabis, sulphur, natrum muriaticum sont les

agents spécifiques; ils suffisent à faire cesser les symptômes inflammatoires. *Mercurius solubilis* serait également utile, mais seulement après *cannabis* et *sulphur*, si la maladie occupait la vulve et qu'il restât de la rougeur avec un écoulement muco-purulent et beaucoup de douleur pendant l'émission des urines.

Ferrum, mezereum et *thuja* ont été aussi recommandés : *ferrum* lorsque l'écoulement est devenu blanc, laiteux ou glaireux et abondant, et quand il reste de la sensibilité au clitoris, celui-ci étant gonflé et d'un rouge bleuâtre. *Mezereum*, recommandé par Attomyr, n'a point d'indications suffisamment précisées, et *thuja* ne paraît s'adresser qu'aux femmes affaiblies, lorsque l'écoulement devient moins épais, tout en conservant une nuance verdâtre.

Dès que les symptômes d'acuïté ont disparu, s'il reste des granulations rouges sur la muqueuse vaginale vulvaire ou utérine, *petroleum* et *mezereum* sont parfaitement indiqués.

Le mode d'administration des médicaments est le même pour la femme et pour l'homme.

Les *ulcères des grandes lèvres* se traitent comme ceux de la verge; la *lymphangite* et les *bubons* réclament les médicaments qui ont été indiqués plus haut.

6° Blennorrhagie de l'anus. — Elle doit être traitée avec les médicaments qui précèdent.

7° La blennorrhagie de la pituitaire, du conduit auditif, de la muqueuse buccale n'offrent non plus rien de particulier sous le rapport du traitement.

8° Blennorrhagie de la conjonctive oculo-palpébrale, (*ophthalmie blennorrhagique primitive*). — Le premier médicament à donner, dès que la maladie commence, est cannabis. Il faut l'employer largement, à la 6e ou à la 12e dilution, à la dose de 1 à 3 gouttes dans une potion dont le malade doit prendre une cuillerée à bouche de trois en trois heures au moins. Il est très-utile de faire bassiner, en même temps, l'œil avec une solution composée de 10 gouttes de la 3e dilution mêlées à 100 grammes d'eau distillée.

Le *cannabis* arrête la marche de l'inflammation, rend la sécrétion plus muqueuse. Sulphur doit alors être prescrit, à l'intérieur seulement, à la 18e ou à la 24e dilution, en gouttes ou en globules, la dose étant répétée toutes les trois ou quatre heures.

Si la maladie est déjà avancée lorsqu'on commence le traitement, que le gonflement des paupières soit considérable, la suppuration abondante, le chémosis charnu, il faut encore débuter par *cannabis*, et lui faire succéder immédiatement lycopodium, donné à l'intérieur, à la 24e ou à la 30e dilution, tandis qu'on l'emploie à l'extérieur à la 9e. *Sulphur* devrait encore succéder au lycopode.

Tussilago petasites a paru réussir également ; il fut donné dans un cas d'ophthalmie, après que *tartarus emeticus* eut rappelé l'écoulement urétral, qui s'était supprimé.

Le docteur Rückert, auquel nous devons cette première indication, a réuni quelques cas d'ophthalmie

blennorrhagique guérie par *china, nitr. ac., pulsatilla, tartarus emeticus.*

China réussit dans un cas de blennorrhée de la conjonctive, alors que le danger était passé. *Pulsatilla* et *tartarus emeticus* s'adressèrent à des ophthalmies appelées métastatiques, et non à celles qui auraient été produites par le dépôt direct du muco-pus sur les paupières. Ils réussirent en ramenant l'écoulement.

Nitri acidum se rapporte au contraire à l'ophthalmie blennorrhagique la plus aiguë. Il conviendrait lorsque la muqueuse a une teinte livide, qu'il existe de vives douleurs dans le globe oculaire, la cornée étant trouble, la photophobie extrême, l'écoulement purulent et jaune, les joues gonflées et excoriées par le contact du pus, surtout s'il existe une forte douleur de brûlure, qui augmente la nuit.

L'acide nitrique doit être administré comme le *cannabis* et le *lycopodium*, à l'intérieur et à l'extérieur.

La maladie étant ramenée à l'état d'une simple blennorrhée, *sulphur* et *calcarea carbonica* suffisent à la guérir. On les donne à la 30e dilution et en globules.

9° Écoulements urétraux non blennorrhagiques. — Il me reste peu de choses à dire à leur sujet.

1° Les *écoulements dus au virus syphilitique* doivent être traités comme la syphilis primitive. (V. p. 330.)

2° La thérapeutique des *écoulements sycosiques* sera indiquée dans le chapitre suivant.

3° Les *écoulements psoriques*, qui sont l'effet de la

localisation d'une dermatose sur la muqueuse urétrale, doivent être traités avec les médicaments qui s'adressent à cette dermatose elle-même. Il ne peut entrer dans le plan de ce travail de les indiquer.

4° Je ferai la même remarque relativement aux *écoulements scrofuleux*, qui se rapprochent cependant davantage de la blennorrhagie, puisqu'ils sont souvent un effet héréditaire de cette diathèse.

Sulphur, calcarea carbonica, et *ipecacuanha* pour le suintement urétral des jeunes enfants, sont les seules substances que j'indiquerai.

§ III.

BLENNORRHAGIE CONSÉCUTIVE.

Les affections qui appartiennent aux périodes ultérieures de la blennorrhagie, se divisent en deux catégories : la première comprend les groupes de symptômes qui occupent les organes envahis tout d'abord par la blennorrhagie primitive, la seconde ceux qui se développent sur des régions éloignées. Cette dernière classe ne comprend que deux espèces : les ophthalmies et le rhumatisme.

Les affections de la première catégorie se composent d'abord de lésions de sensation sans altération de texture, ensuite de lésions organiques accompagnées de troubles dans les sensations et dans les fonctions.

Les premières ont reçu le nom de *sensations perverties*.

Elles s'observent surtout chez l'homme, et en par

ticulier dans le canal de l'urètre et à l'anus; elles sont variées, mais inquiètent beaucoup les malades dont l'attention se trouve sans cesse attirée sur un même point. Cette douleur n'est souvent que la persistance de celle qui existait pendant la blennorrhagie, ou bien elle se compose de besoins fréquents d'uriner avec ténesme et douleur au col de la vessie après la sortie de l'urine; d'élancements qui s'étendent dans la verge et vers l'anus, de prurit, de mouvements vermiculaires vers l'anus, sensations qui font croire à la présence d'ascarides.

M. Ricord indique aussi une névrose, « une urétralgie à type continu, irrégulier ou franchement intermittent. » (*Notes à Hunter.*)

Vidal, de Cassis, après Bell et Lagneau, signale, parmi ces sensations extraordinaires, une titillation continuelle, une sensation de fourmillement dans l'urètre, les vésicules séminales, le col et le corps de la vessie; un roulement ondulatoire des testicules (Bell). Ces douleurs se font sentir non-seulement dans la verge, mais dans toute la sphère génitale, au pubis, dans l'aine, dans le haut des cuisses, dans l'hypogastre, même dans l'estomac et les intestins.

Un autre phénomène peut se produire, c'est l'absence de sensation voluptueuse pendant le coït. Le malade ne sent pas l'éjaculation, dont il n'est averti que par la cessation des érections.

Ces lésions de sensations sont plus rares chez les femmes : elles se composent de maux de reins, souffrances vers la vessie, épreintes, et tiennent presque

toujours à quelque congestion chronique du col de l'utérus.

2° *L'irritabilité* exagérée de la vessie se caractérise par de fréquentes envies d'uriner avec émission facile, mais douloureuse. La douleur se fait sentir surtout à la fin de la miction, lorsque le sphincter se contracte. Le malade croit alors à quelque maladie grave, mais l'exploration par la sonde démontre que le canal est libre et que la vessie n'est atteinte d'aucune altération.

La seconde catégorie comprend : 1° *les rétrécissements du canal de l'urètre*. Très-fréquents chez l'homme, ils s'observent moins souvent chez la femme, qui cependant n'en est pas à l'abri.

Swédiaur croyait que cette lésion était due le plus souvent à l'emploi des injections astringentes ou caustiques dans le cours d'une blennorrhagie primitive ; Hunter et M. Ricord le nient. Ce dernier rapporte le rétrécissement à l'effet de la maladie et non pas au traitement employé.

La vérité ne serait-elle pas entre ces deux opinions extrêmes?

Si l'on considère les rétrécissements d'une manière générale, on peut les diviser en deux classes, ceux qui sont le résultat d'une violence traumatique et ceux qui arrivent à la suite d'une inflammation spécifique. Tous les chirurgiens admettent ces deux espèces. Or, dans le traitement de la blennorrhagie par les injections caustiques, ces deux causes agissent de concert. La maladie tend à rétrécir le canal, et l'effet traumatique causé par le caustique conduit au même résultat.

En supprimant l'injection, on enlève donc une des causes de rétrécissement; on offre au malade une sécurité de plus.

Étudiés en eux-mêmes, les rétrécissements sont *inflammatoires, spasmodiques* ou *organiques*.

Les premiers s'observent dans le cours de la blennorrhagie primitive. Il en a été question plus haut. Les deux derniers appartiennent essentiellement à la blennorrhagie consécutive.

Les rétrécissements spasmodiques, longtemps mis en doute, sont aujourd'hui admis de tous. Ils tiennent à la contraction spasmodique des fibres musculaires du canal, contraction qui amène le rétrécissement de ce dernier tantôt sur un point tantôt sur un autre. Par leur nature même, ces rétrécissements ne sont pas permanents; c'est là ce qui les empêche d'être dangereux. Il y a des moments où le malade urine librement, le jet étant normal quant à sa forme et quant à sa direction, puis tout à coup ce jet devient mince, la miction difficile et lente.

La sonde introduite dans le canal le parcourt librement quelquefois, tandis que le lendemain, quelques heures même après cette première exploration, elle est arrêtée par un obstacle infranchissable.

Ces alternatives de bien et de mal caractérisent le rétrécissement spasmodique, le rétrécissement organique ayant pour propriété essentielle la permanence.

Cette dernière espèce de rétrécissements est sans contredit la plus fréquente. Les lésions de texture qui

la constituent diffèrent quant à leur forme et quant à leur espèce.

S'il s'agit d'un rétrécissement traumatique dû à une blessure du canal, le rétrécissement est formé par du tissu inodulaire et occupe l'épaisseur même de la muqueuse.

Il n'en est pas ainsi pour les rétrécissements causés par la blennorrhagie ; c'est au-dessous de la muqueuse qu'ils existent, et cette membrane, au point où elle les recouvre, est mince, lisse, blanche et adhérente.

Ces rétrécissements sont dus : 1° à la rétraction du tissu fibreux qui existe dans le bulbe urétral, rétraction qui est la conséquence de l'état phlegmasique auquel ce tissu a participé ; 2° au dépôt d'une matière plastique dans le tissu spongieux ou seulement sous la membrane muqueuse ; 3° à un dépôt fibrineux dans le tissu du bulbe.

Pour que ce tissu plastique ou fibrineux se produise, pour que le tissu fibreux se rétracte, un degré de phlogose est nécessaire ; il faut que l'influence du virus se fasse sentir au delà de la muqueuse. Le soin du médecin doit donc être de maintenir la blennorrhagie à la surface du canal sans lui permettre de pénétrer plus avant. Les injections, qui augmentent, pour un moment au moins, la phlogose, sont donc un motif d'aggravation évident. Elles tarissent ou modifient l'écoulement, cela est vrai, mais elles augmentent la congestion ; elles font cesser la blennorrhagie, mais elles favorisent les rétrécissements.

Lorsque le dépôt plastique ou fibrineux est produit,

il gêne la circulation sanguine entre le bulbe et le gland. Celui-ci se congestionne, il peut acquérir un volume considérable. En même temps, cette espèce de congestion qui accompagne les efforts nécessaires pour amener l'expulsion des dernières gouttes d'urine, devient impossible, et la fin de la miction est plus difficile qu'à l'ordinaire.

M. Nélaton indique une expérience bien simple pour constater cet état des vaisseaux, sur le cadavre ; elle consiste à injecter au mercure le réseau lymphatique de la verge. Si la piqûre est superficielle, qu'elle intéresse seulement la muqueuse, le réseau s'injecte en entier : il n'y a pas d'interruption au niveau du rétrécissement. Si la piqûre est plus profonde, ce dernier cause un obstacle infranchissable; les vaisseaux qui sont entre la piqûre et lui s'injectent, ceux qui se trouvent en arrière ne sont pas pénétrés par le métal.

Ces diverses espèces de rétrécissements possèdent trois propriétés générales : la rétractilité, l'élasticité et l'insensibilité. *Rétractiles,* ils tendent toujours à diminuer le calibre de l'urètre ; *élastiques,* ils se reproduisent après la dilatation ; *insensibles,* ils ne causent pas de douleur pendant l'émission de l'urine, et si l'introduction des bougies donne une sensation pénible, cela tient à la compression éprouvée par la muqueuse, qui se trouve serrée entre la sonde et le rétrécissement.

La longueur de ce dernier est variable; tantôt réduit à quelques millimètres, il a parfois plusieurs centimètres d'étendue.

Sa forme est loin d'être toujours la même : tantôt il forme une saillie brusquement limitée, tantôt il diminue progressivement. Dans ce cas, l'urètre perd peu à peu de sa largeur, forme un cône au fond duquel se trouve l'ouverture du rétrécissement. Celui-ci offre alors une certaine égalité. D'autres fois, il présente plusieurs dilatations et constrictions successives, l'urètre formant alors un véritable zig-zag. Le rétrécissement peut encore avoir la forme d'un S, ce qui est un obstacle insurmontable pour le cathétérisme. Dans tous les cas, l'orifice vésical du rétrécissement est plus étroit que l'orifice balanique.

Dans ces différentes espèces, le rétrécissement est unique, mais il arrive souvent qu'il est multiple. Il est rare alors que les ouvertures de ces différents obstacles se correspondent.

Les rétrécissements se forment le plus souvent au niveau du bulbe, au point où la région bulbeuse s'unit à la région membraneuse. On les rencontre aussi, mais moins souvent, vers l'extrêmité antérieure de l'urètre, dans la fosse naviculaire, plus rarement encore au niveau du méat et à la racine de la verge.

Il y a aussi des rétrécissements dus à la cicatrice d'un ulcère; ils n'offrent rien de spécial à considérer.

Lorsque le rétrécissement est prononcé, que l'obstacle à l'émission de l'urine est considérable, les parties voisines présentent de remarquables altérations. Celles-ci se rencontrent en arrière de l'obstacle. Celles qu'on pourrait trouver en avant sont le résultat de blessures.

La membrane muqueuse de l'urètre se congestionne, se dilate, s'ulcère; les valvules du col vésical augmentent de volume, la prostate aussi. La vessie se congestionne, s'ulcère quelquefois, s'amincit ou s'hypertrophie, sa membrane interne devient plus résistante ou se ramollit, elle donne lieu à une sécrétion qui varie depuis le simple mucus jusqu'au pus le mieux caractérisé.

Les uretères s'élargissent, leurs parois diminuent d'épaisseur. Cet état n'est pas porté au même point des deux côtés. Enfin, les reins se congestionnent, suppurent, et on y trouve de véritables poches purulentes.

Les symptômes physiologiques engendrés par les rétrécissements se rapportent à l'émission de l'urine et aux fonctions génératrices.

L'émission de l'urine est gênée, elle l'est d'autant plus que l'obstacle est plus considérable. Au début, le malade ne s'en aperçoit pas; il remarque cependant une diminution graduelle dans la largeur du jet. Celui-ci est parfois réduit à celle d'un simple fil; il cesse même entièrement. Dans ce cas, l'urine coule goutte à goutte, en bavant.

Lorsque le jet d'urine diminue, il est aussi moins rapide et projeté moins loin; il se bifurque ou se divise en trois ou quatre fils qui s'entrelacent et donnent au jet lui-même l'apparence d'une vrille.

A la fin de la miction, le malade est obligé de faire des efforts répétés; malgré cela, quelques gouttes d'urine s'accumulent derrière le rétrécissement et s'é-

coulent ensuite peu à peu, sans que le malade puisse les retenir.

La difficulté de rendre les urines n'est pas toujours proportionnée à celle que peut rencontrer l'introduction de la sonde. Cela tient au degré de souplesse des tissus qui constituent le rétrécissement et au degré d'énergie de la contraction vésicale. Si cette dernière est forte et le rétrécissement souple, le jet d'urine pourra le vaincre plus facilement que la sonde; si, au contraire, la vessie est affaiblie, la miction pourra être longue et difficile, le cathétérisme facile au contraire.

En général, le malade éprouve de fréquents besoins d'uriner, la nuit surtout.

Les efforts que nécessite la miction varient en raison du degré auquel le rétrécissement est parvenu. S'il est considérable, les efforts sont violents, et le malade est forcé parfois de prendre les positions les plus bizarres. L'obstacle est quelquefois augmenté par la présence d'un calcul ou d'un bouchon muqueux, qui se place en arrière du rétrécissement et obstrue son orifice vésical.

On trouve aussi des malades qui offrent un état tout contraire au précédent : au lieu de la rétention de l'urine, l'*incontinence*. Cet état indique que la dilatation de l'urètre s'est étendue jusqu'au col de la vessie; ce qui empêche les urines de rester dans cette poche. Cette incontinence tient encore à la paralysie du col de la vessie ou des bulbo-caverneux, paralysie due à la distension exagérée, effet de la rétention d'urine.

En général, la miction cause peu de douleur; elle devient très-douloureuse, au contraire, s'il existe un ulcère en arrière du rétrécissement. La sensibilité est telle alors qu'elle amène un spasme subit du col vésical et interrompt brusquement le jet d'urine. Parfois cette douleur se fait sentir très-violemment au moment où les urines commencent à couler, d'autres fois lorsque les dernières gouttes sont rendues. Cette douleur est, en général, passagère et cause des érections.

Elle peut aussi être sourde, profonde, se faire sentir en particulier au niveau du périnée; il n'y a pas alors ulcération de la muqueuse, mais engorgement de la prostate.

L'urine est toujours plus ou moins altérée; elle est rouge, et répand une odeur ammoniacale; sa quantité est généralement la même qu'à l'état normal.

Souvent elle contient du pus, du mucus ou du sang.

Si ces produits viennent des reins ou de la vessie, ils sont excrétés avec l'urine, surtout avec les dernières gouttes; il en est de même s'ils viennent du col de la vessie. Dans le cas où la sécrétion a lieu au niveau de la portion dilatée de l'urètre, ils sortent d'une manière continue, en dehors de la miction, ou bien les premières gouttes d'urine les entraînent.

Les fonctions génitales sont aussi troublées par les rétrécissements. Les érections sont fréquentes, quelquefois pénibles, quelquefois impossibles; l'éjaculation se fait mal : d'abord, parce que l'orifice des glandes de Cowper est enflammé ou ulcéré; aussi parce que la

liqueur séminale s'accumule derrière le rétrécissement, s'écoule peu à peu et en bavant, ou remonte vers la vessie et se trouve expulsée avec l'urine. Aussi les rétrécissements conduisent-ils facilement à l'impuissance.

Mais, de tous les accidents que cette altération anatomique amène, il n'en est pas de plus grave que la rupture de quelque partie de l'urètre et l'infiltration urineuse qui en est la conséquence. Cette infiltration cause les abcès du périnée et la gangrène des parties génitales. Elle s'opère dans les corps caverneux, dans le tissu cellulaire de la verge, du scrotum et du bas-ventre, et laisse, à sa suite, des fistules terribles et difficiles à guérir.

Si l'obstacle se trouve rapproché de la prostate, l'urine peut se faire jour vers le rectum et être évacuée par l'anus ; ou bien il y a résorption, inflammation du cerveau, délire et mort.

Si le rétrécissement est complet, l'accumulation de l'urine amène la rupture de la vessie. Il y a alors épanchement dans le péritoine, péritonite, mort rapide et inévitable.

Les rétrécissements sont donc graves en eux-mêmes et par les altérations auxquelles ils donnent naissance, altérations qui se rangent en cinq catégories :

1° L'inflammation des parties situées derrière eux ;

2° Leur épaississement ;

3° Leur amincissement ;

4° Leur rupture ;

5° Et, comme conséquence de cet état, l'infiltration

urineuse, la suppuration, la gangrène, la péritonite, finalement une infirmité repoussante ou une mort inévitable.

3° *L'engorgement de la prostate.* — L'engorgement de la prostate est un effet fréquent de la blennorrhagie secondaire; il succède souvent à une prostatite survenue dans le cours d'une blennorrhagie primitive, la glande ne revenant pas à son volume et à sa consistance ordinaires.

Si cette forme morbide ne succède pas à une prostatite aiguë, son développement est lent; le malade s'en aperçoit peu au début, et c'est surtout lorsqu'il approche de la vieillesse que les effets des altérations de la glande se font sentir.

Ces altérations consistent dans l'augmentation de volume et de consistance de la prostate. Les lobes latéraux de la glande, en s'hypertrophiant, compriment et aplatissent le canal de l'urètre ; le lobe moyen forme une sorte de valvule qui remonte vers le col de la vessie, et l'obstrue. La glande augmente aussi du côté du rectum, mais les effets de cette altération sont moins gênants.

Swédiaur signale un autre mode d'engorgement de la prostate, c'est l'engorgement variqueux. Celui-ci se ferait aux dépens du réseau vasculaire qui enveloppe la glande, et se rapprocherait de tous points des hémorrhoïdes.

Le symptôme essentiel de l'engorgement de la prostate est la gêne qu'il apporte à l'émission des urines. Les malades, lorsqu'ils veulent uriner, sont obligés

d'attendre longtemps avant de pouvoir commencer à le faire. L'urine s'écoule ensuite par un jet mince, lent, sans force et sans longue projection. Si le patient fait quelque effort, il rend encore la miction plus difficile, l'arrête même entièrement. Cela tient à ce que le lobe moyen de la prostate se trouve poussé en avant du col de la vessie.

Malgré cela, l'émission de l'urine n'est point douloureuse, s'il n'existe aucune autre lésion ; et l'insensibilité de la glande se reconnaît par le toucher rectal et le cathétérisme. Il suffit de savoir, pour en être convaincu, que ces engorgements de la prostate sont la cause de ces rétentions d'urine qui s'observent chez les vieillards, et les obligent à se sonder chaque fois qu'ils veulent vider la vessie. Cette obligation leur est imposée quelquefois pendant dix et vingt années, ils sont forcés de faire eux-mêmes cette opération, et elle ne leur cause aucune douleur.

Si l'engorgement est porté à un très-haut degré, l'obstacle apporté au cours de l'urine peut devenir invincible, et c'est là le véritable danger de cette affection.

Il arrive souvent, en effet, que sous l'influence d'une fatigue, d'un voyage, d'un excès de table ou de rapports sexuels, quelque partie de la prostate engorgée devienne le siége d'une inflammation aiguë. Les malades accusent alors les symptômes dont j'ai parlé à l'article *Prostatite aiguë;* ils ont de la fièvre, des nausées, la langue devient saburrale, l'appétit se perd, la constipation augmente, et l'émission de l'urine de-

vient impossible. Dans ce cas, le cathétérisme est douloureux, il est souvent très-difficile en raison des déviations qu'éprouve le col de la vessie, en raison aussi des irrégularités qu'il présente. Non-seulement alors il est plus étroit, mais il est déformé, porté à droite ou à gauche, selon que telle ou telle partie de la prostate est le plus gonflée.

Ces inflammations causent parfois la suppuration, et j'ai dit combien étaient graves les abcès de la prostate. Souvent aussi on en obtient la résolution, mais sans être assuré contre leur retour.

Enfin, ces engorgements dégénèrent, le tissu de la glande devient squirrheux, et la maladie absolument incurable.

L'engorgement de la prostate, causant la rétention d'urine, amène les mêmes conséquences que les rétrécissements. La vessie s'irrite, se congestionne, son bas-fond s'ulcère. Cette poche se dilate, ou ses parois s'hypertrophient; les uretères se dilatent également, l'urine ayant une tendance à y refluer pendant les efforts que font les malades; les reins eux-mêmes s'enflamment et suppurent.

Aussi les urines sont-elles souvent altérées, soit par un dépôt muqueux ou muco-purulent, soit quant à leur couleur et à leur odeur. Elles sont alors rouges et ammoniacales.

Il faut dire cependant que la vessie ne sécrète pas toujours de cette manière, et que souvent les urines ne renferment aucun dépôt; surtout ce symptôme n'est pas permanent. Tantôt l'urine se présente avec

ses caractères normaux, tantôt elle offre quelque sédiment qui disparaît dans la suite.

4° La *Blennorrhée.* — Elle s'observe chez l'homme et chez la femme, constituant pour cette dernière une espèce de leucorrhée. Chez l'homme, elle a pour siége le canal de l'urètre, est, en général, l'effet de la présence d'un rétrécissement ou d'un engorgement de la prostate; chez la femme, elle occupe le vagin bien plus que le canal excréteur des urines.

Chez l'homme, la blennorrhée se compose d'un écoulement permanent ou irrégulier, mais sans douleur. Permanent, il vient chaque jour et à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, ou bien il se borne à une goutte blanchâtre qui vient le matin au réveil, ou se compose d'une matière muqueuse et filante, qui, en se desséchant, agglutine les lèvres du méat.

Irrégulier, l'écoulement cesse pendant des semaines ou des mois, pour reparaître sous l'influence d'un excès de table ou de femmes, durer quelque temps, cesser à la suite d'un traitement insignifiant, pour se reproduire sous les mêmes influences.

La matière qui constitue la blennorrhée est tantôt verdâtre, puriforme, le plus souvent muqueuse, jaune, formant des taches qui raidissent le linge, ou bien encore claire et limpide, séreuse. Elle ne devient ichoreuse et sanguinolente que s'il existe un ulcère dans le canal.

La blennorrhée s'accompagne presque toujours de gêne dans l'émission des urines, parce qu'elle est très-souvent entretenue par un rétrécissement organique,

un engorgement de la prostate, et même par un squirrhe ou un fongus de cette glande. Mais la blennorrhagie antérieure ne joue plus qu'un rôle secondaire lorsque ces désorganisations apparaissent.

La blennorrhée succède à la blennorrhagie, et prend sa source aux points mêmes où la maladie primitive s'était localisée. Le plus souvent, cependant, elle est entretenue par une lésion des parties profondes du canal de l'urètre.

Si elle vient de la fosse naviculaire, la douleur occasionnée par l'émission de l'urine se fait sentir au niveau du gland.

Si elle a pour point de départ une partie plus profonde de l'urètre, les envies d'uriner sont fréquentes, et la miction cause une douleur ou un sentiment de cuisson. Le malade accuse souvent alors un chatouillement, une sorte de mouvement vermiculaire vers le rectum et le périnée, une sensation de raideur et de pesanteur sur cette partie. Les érections et les pollutions sont fréquentes; il y a même des pertes séminales involontaires; l'éjaculation s'accompagne de chaleur et de cuisson. La maladie venant à se prolonger, l'épididyme s'engorge, et la vessie participe à cet état de souffrance.

Lorsque la blennorrhée succède à une blennorrhagie, on voit les douleurs de cette dernière diminuer, l'écoulement diminuer aussi, s'éclaircir, mais persister. Puis, après quelque temps de cette indolence, il augmente de nouveau, s'épaissit un peu et se maintient de la sorte pendant des mois ou des années.

On voit aussi des malades qui ont eu autrefois des écoulements dont ils se croyaient guéris, et chez lesquels la blennorrhée paraît s'établir d'emblée. A la suite d'un coït suspect, et très-peu de temps après, vingt-quatre ou quarante-huit heures, une goutte de mucus épais se montre à l'orifice de l'urètre; il y a peu ou point de douleur, les urines sont rendues librement, mais l'écoulement persiste et se prolonge. J'ai donné des soins à un monsieur qui était atteint depuis dix ans d'un semblable écoulement. Il n'avait pas de douleurs et n'en avait jamais eu; la maladie s'était montrée vingt-quatre heures après le coït, et elle avait persisté sans aggravation et sans diminution, malgré les traitements les plus variés.

Les malades atteints de blennorrhée ne manquent jamais de demander au médecin s'ils peuvent se livrer au coït : la réponse doit être négative.

D'abord, lorsque l'état aigu est passé depuis quelques mois seulement, on n'est jamais certain que l'écoulement ne soit pas contagieux, et M. Baumès cite des exemples mémorables de méprises qui eurent pour conséquence l'infection de la femme avec laquelle le malade cohabitait (1).

En second lieu, le coït, amenant toujours la congestion de la muqueuse, tend à augmenter les accidents et à entraver le traitement. Enfin, du moment où il est établi que les hommes atteints de blennorrhée peuvent engendrer des enfants scrofuleux, l'in-

(1) *Loc. cit.*, t. I.

terdiction du coït devient une nécessité plus grande encore.

La blennorrhée peut avoir pour siége la muqueuse qui recouvre le gland et celle qui tapisse le prépuce. Cette muqueuse présente alors des taches rouges, irrégulières, exulcérées, donnant un sentiment de chaleur et de cuisson et une sécrétion muco-purulente, jaune, parfois assez claire, laquelle se dessèche sous forme de croûtes extrêmement minces, qui se détachent aisément. Quelquefois la maladie se borne à une rougeur de la couronne du gland et du sillon balano-préputial, avec granulations et sécrétion abondante d'un smegma fétide.

5° *Blennorrhée de la femme.* Celle-ci a pour siége la muqueuse qui tapisse les organes génitaux et se confond ainsi avec les différentes espèces de leucorrhée ; elle existe parfois en même temps dans l'urètre, où elle joue un rôle toujours secondaire par rapport au diagnostic et au traitement.

Cette leucorrhée blennorrhagique consécutive se distingue de toutes les autres par un caractère anatomique important, la *granulation.* Celle-ci occupe la vulve, le vagin ou le col de l'utérus, souvent plusieurs de ces régions à la fois.

Selon la remarque de Boivin et Dugès, toutes les granulations des organes génitaux de la femme ne se ressemblent pas. Les unes sont composées d'élevures grosses comme des pois ou des grains de millet, rouges, molles, nombreuses, sans pédicule; les intervalles qui les séparent sont rouges et saignent au moindre contact; d'autres sont dures, petites, blanchâtres ; d'autres

enfin sont miliaires, jaunâtres et sans rougeur de la muqueuse sur laquelle elles reposent. Il y en a aussi qui sont pédiculées et se transforment en végétations, tandis que d'autres ont une apparence variqueuse (1).

Or, de ces différentes espèces, les granulations rouges avec ou sans rougeur des parties sous-jacentes, sans pédicule et sans aucune tendance à végéter, sont celles qui appartiennent à la blennorrhagie consécutive. Plusieurs considérations le prouvent sans réplique.

D'abord ces granulations appartiennent à la blennorrhagie primitive de la femme, ainsi que l'enseigne M. Ricord (2), qui a donné à cette éruption le nom de *Psorélytrie*, quand elle occupe le vagin. Or, rien ne s'oppose à ce qu'il y ait des granulations secondaires comme il y en a de primitives.

En second lieu, ces granulations s'observent très-fréquemment chez les femmes qui ont eu des blennorrhagies vaginales primitives parfaitement reconnues, et celles qui ne conviennent pas avoir été infectées, ou qui l'ignorent, disent le plus souvent qu'elles ont eu, au début, des écoulements verdâtres avec chaleur et cuisson en urinant, et que leur maladie actuelle a remplacé ces symptômes aigus.

Lorsqu'enfin on peut se renseigner sur l'état de santé des hommes avec lesquels ces femmes ont cohabité, on trouve chez eux des blennorrhées encore jaunes et épaisses où l'on obtient l'aveu de blennorrhagies anté-

(1) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, t. II, p. 333.

(2) *Notes à Hunter*, p. 112.

rieures. Nous sommes donc parfaitement autorisé à ranger les granulations au nombre des effets de la blennorrhagie, d'autant mieux même qu'aucune autre considération étiologique ne peut rendre compte de leur développement.

Ces granulations existent par plaques, soit à la vulve, où elles sont peu marquées, soit dans le vagin, soit encore sur le col de la matrice; elles reposent en général sur un fond rouge, excorié; l'épithélium qui les recouvre est lui-même souvent altéré; l'écoulement est lactescent, crémeux, quelquefois d'aspect muco-purulent, devient sanguinolent à la suite d'une longue course, d'un examen au speculum et du coït.

Ce liquide est visqueux, glaireux, semblable à des blancs d'œufs, quand il vient de l'utérus; il est plus clair lorsqu'il est sécrété par le vagin.

D'après Scanzoni (1), le liquide vaginal est acide, celui de l'utérus ne l'est pas; l'un et l'autre sont d'autant plus riches en éléments organisés qu'ils sont plus épais, plus opaques, plus semblables à la crème ou au pus. Ils contiennent alors des cellules d'épithélium pavimenteux, des globules muqueux et des globules purulents, enfin des infusoires du genre trichonoma, des algues filamenteuses et quelques vibrions.

La douleur est souvent nulle ou tout au moins bornée à un sentiment de chaleur, dont l'intensité augmente par moments.

(1) *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, traduit par Dor et Socin, p. 451.

Les règles deviennent presque toujours plus abondantes, constituent de véritables ménorrhagies, reviennent à des intervalles trop rapprochés. Elles perdent en même temps de leur couleur; tous les signes de l'anémie apparaissent, et une petite toux sèche donne lieu de craindre le développement des tubercules.

Le diagnostic consiste à distinguer cette blennorrhée de la blennorrhagie elle-même, et à la séparer des autres espèces de leucorrhées.

Rien n'est plus difficile que de résoudre le premier problème, la blennorrhée se distinguant de la blennorrhagie seulement par la moindre intensité des douleurs. Le grand point serait de dire ici quel est le moment où ces écoulements cessent d'être contagieux; mais la science, sous ce rapport, n'a pas de caractères plus certains que pour la blennorrhagie de l'homme. On peut bien affirmer que la contagion est à craindre tant que la leucorrhée renferme des globules de pus, mais ceux-ci sont souvent assez peu nombreux pour ne pas donner à l'écoulement des caractères facilement appréciables. Et puis cette sécrétion purulente peut n'être pas continuelle, exister seulement à certains moments du jour, et son produit échapper ainsi aux investigations du médecin.

Une autre difficulté consiste à distinguer les granulations blennorrhagiques de celles qui sont dues à la localisation d'une éruption papuleuse non syphilitique sur la muqueuse utéro-vaginale. Ces dernières granulations sont plus petites, plus sèches, donnent

une sensation de prurit et non pas de brûlure et de chaleur, n'augmentent pas la sensibilité des parties génitales, causent enfin un écoulement qui ne renferme aucun globule de pus.

J'ai dit plus haut à quels caractères il serait possible de distinguer la leucorrhée syphilitique secondaire de la leucorrhée blennorrhagique.

D'après M. Baumès, la blennorrhagie de la femme serait souvent une cause de déplacement de la matrice. L'action de cette diathèse amenant la congestion, l'augmentation de volume de l'utérus, et aussi un certain degré de relâchement des ligaments, explique facilement un semblable résultat. Il faut reconnaître cependant que cette action n'a rien de spécifique, bien d'autres causes pouvant amener les abaissements, les antéversions, etc.

Il est bon cependant d'être prévenu de ce danger, afin d'imposer à la femme les précautions nécessaires pour empêcher qu'il ne se reproduise.

6° La *blennorrhagie du rectum*, celle des paupières, du conduit auditif externe, de la pituitaire, peuvent laisser à leur suite de véritables blennorrhées, mais la connaissance des antécédents pourrait seule les faire reconnaître.

7° *Engorgement du cordon testiculaire et de l'épididyme.* Dans l'orchite blennorrhagique consécutive, le canal déférent et l'épididyme sont presque exclusivement affectés. Un seul côté est atteint à la fois, le cordon s'y montre plus gros et plus dur que celui du côté opposé, et le canal déférent se reconnaît en ce qu'il

forme une corde résistante. Les veines du cordon se dilatent souvent et le varicocèle complique l'engorgement.

Souvent aussi le cordon reste sain, l'épididyme seul est malade. La tumeur est alors dure, bosselée, située au-dessus et en arrière du testicule ; la peau des bourses reste saine, libre, mobile. En même temps, la tunique vaginale se congestionne et un épanchement séreux se fait dans sa cavité.

Lorsque l'épididymite chronique frappe sur un sujet tuberculeux ou cancéreux, elle peut dégénérer ; mais ces graves complications ne sont jamais le fait de la blennorrhagie elle-même.

L'épididymite chronique ne cause pas de douleurs aiguës, mais seulement un sentiment de gêne, de pesanteur qui inquiète les malades et s'accompagne de tiraillements dans les aines et dans les lombes. La sécrétion spermatique est rarement viciée, ce qui tient à l'intégrité du parenchyme testiculaire.

Hunter signale encore, parmi les effets de la blennorrhagie, l'*atrophie du testicule*. Mais de toutes les observations qu'il cite, une seule paraît se rattacher à la gonorrhée. Pour toutes les autres, il y a toujours une violence extérieure comme point de départ, puis, comme résultat, un gonflement inflammatoire du testicule suivi d'atrophie.

Dans les notes ajoutées par M. Ricord à l'article du chirurgien anglais, cette atrophie est rapportée à l'albuginite syphilitique et au varicocèle ; il est donc permis de soutenir que cette altération de la glande

séminale n'est pas essentielle à la blennorrhagie.

8° *Engorgement de l'ovaire.* Il suit souvent la blennorrhée de la femme, l'accompagne même bien des fois. Cet engorgement se reconnaît à la sensation douloureuse ressentie par la malade et rapportée à l'une des fosses iliaques, douleur qui augmente si la femme se couche sur le côté opposé, et diminue au contraire si elle se couche sur le côté malade. Ce symptôme tient à l'augmentation de volume éprouvé par l'ovaire et au tiraillement qui en résulte lorsqu'il tend à s'éloigner du bassin. Le toucher vaginal et le palper font reconnaître que la douleur se rapporte exactement à l'ovaire, et permettent de constater l'augmentation de volume de cette glande.

Mais tous ces symptômes ne nous apprennent qu'une chose, c'est que l'ovaire est engorgé ; ils ne prouvent nullement que cet engorgement soit de nature blennorrhagique. Pour arriver à cette détermination, il faut pouvoir rattacher cet engorgement ovarique à quelque blennorrhagie antérieure, ce qui n'est pas toujours aisé.

Si nous examinons maintenant quels sont les effets de la blennorrhagie sur les fonctions génitales, nous trouverons des symptômes très-opposés : des érections fréquentes, la persistance d'une cordée survenue dans le cours d'une blennorrhagie primitive, l'augmentation de la sécrétion du sperme et de la liqueur prostatique, d'où les pollutions fréquentes et les pertes séminales, enfin l'impuissance.

9° *Priapisme.* La fréquence des érections est sou-

vent très-pénible pour les malades ; elle les fatigue e les irrite ; elle dépend toujours d'une irritation des profondeurs de l'urètre, et se lie souvent à une blennorrhée. Cette fréquence se montre surtout la nuit, ou après une course fatigante.

10° La *cordée persistante* tient à l'épanchement fibroplastique dont j'ai parlé.

11° Les *pollutions* dépendent d'un état d'excitation permanent, souvent d'une congestion des parties profondes du canal de l'urètre.

12° Quant aux *pertes séminales*, elles ne sont pas toujours composées de sperme. M. Ricord les a vues souvent réduites au mucus sécrété par les glandules de l'urètre, ou par une humeur blanche, opaque, d'une odeur nauséabonde et qui n'est autre que la liqueur prostatique. Aussi ne rencontre-t-on pas toujours des animalcules spermatiques dans le liquide ainsi rejeté.

Ces pertes ont lieu en allant à la selle, et en général, à la suite de quelque effort ; elles affaiblissent les malades, lorsqu'elles se prolongent ; d'ordinaire, elles réagissent peu sur l'ensemble de l'économie. Swédiaur les rapporte à une lésion des vésicules séminales, surtout à l'inflammation et à l'érosion de leurs orifices.

13° Reste enfin l'*impuissance*, c'est-à-dire l'absence d'érection ou les érections passagères suivies d'une éjaculation trop prompte. Bien des causes peuvent la produire. Hunter signale la crainte de ne pas réussir dans l'acte génital, mais cette crainte prend sa source dans un sentiment de faiblesse ; à l'irrégularité de l'ac-

tion des diverses parties qui concourent à la génération, enfin aux lésions de l'urètre.

Le fait est qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître la lésion locale qui cause l'impuissance, qu'il faut encore la chercher au delà même de la sphère générale, c'est-à-dire dans une maladie des centres nerveux, maladies fréquentes chez ceux qui ont abusé des plaisirs sexuels, comme il arrive fréquemment aux hommes qui ont contracté de nombreuses blennorrhagies.

14° *Ophthalmies blennorrhagiques consécutives.* — Elles peuvent revêtir plusieurs formes. Les unes surviennent au milieu d'une blennorrhagie primitive et sans qu'il y ait eu dépôt du muco-pus sur les paupières. Dans ce cas, l'écoulement urétral se supprime presque toujours. La maladie se présente avec des symptômes semblables à ceux que j'ai décrits plus haut, mais elle affecte une marche moins rapide et entraîne à de moins graves désordres.

La conjonctive oculo-palpébrale rougit et se gonfle, mais elle n'arrive jamais à ce chémosis effrayant et charnu de l'ophthalmie blennorrhagique primitive. La cornée s'enflamme et devient opaque, mais elle n'est point détachée par la suppuration; le globe oculaire ne se vide jamais. La sécrétion muco-purulente est abondante, mais elle contient beaucoup plus de mucus que de pus.

La suite de cette ophthalmie est une opacité de la cornée due à un épanchement interlamellaire.

La seconde forme d'ophthalmie blennorrhagique

consécutive a été décrite par Swédiaur sous le nom de *psorophthalmie*. C'est, en définitive, une conjonctivite granuleuse. Il y a rougeur des parties malades, gonflement des glandules muqueuses avec exulcération de leur sommet; suintement d'une matière épaisse et jaunâtre, exclusivement composée de mucus. Celui-ci se dessèche, la nuit surtout, et cause l'agglutination des bords libres des deux paupières (1).

Il y a enfin une troisième espèce d'ophthalmie qu'on pourrait appeler *iritis blennorrhagique*. M. Rollet la décrit ainsi : « Cette ophthalmie débute par la rougeur « de la conjonctive et surtout par l'injection zonulaire « de la sclérotique, qu'on observe dans presque toutes « les iritis. La face externe de la cornée conserve tout « son éclat, mais la séreuse qui la tapisse en de- « dans prend un aspect nébuleux. En même temps, « l'humeur aqueuse semble plns abondante et donne « au malade un sentiment de plénitude du globe ocu- « laire. L'iris devient terne; la pupille reste contrac- « tée; il se forme alors dans le champ pupillaire et « dans toute la chambre antérieure des dépôts plasti- « ques, qu'au dire de M. Mackensie, on n'observe, « au même degré, dans aucune autre iritis, et d'où « résulte un grand obscurcissement de la vision (2).

« Tantôt un seul œil est affecté; tantôt les deux « yeux sont pris simultanément ou successivement. »

La marche de la maladie est parfois assez rapide,

(1) Voy. Swédiaur, *loc. cit.*, t. I, p. 260.
(2) Voy. *Annuaire de la syphilis*, p. 30. Année 1858.

beaucoup moins cependant que pour la première espèce.

L'iritis blennorrhagique se distingue : 1° par son siége, elle occupe la partie superficielle de l'iris et ne pénètre pas dans l'épaisseur du parenchyme, comme l'iritis syphilitique; — 2° par ses caractères : la couleur de l'iris est peu altérée; l'ouverture pupillaire est rétrécie sans être irrégulière, déformée, déplacée, loin du centre, comme il arrive dans la syphilis; l'épanchement est plastique, forme des adhérences, mais il n'est point purulent, et surtout il ne se développe sur l'iris aucune de ces tumeurs que Beer appelait des condylomes, et qui sont en réalité des tumeurs gommeuses; — 3° enfin l'iritis blennorrhagique est précédée, suivie ou accompagnée de douleurs rhumatismales, ce qui n'arrive point avec la vérole.

15° *Rhumatisme blennorrhagique.* — L'existence de cette maladie a été contestée, mais trois considérations la mettent hors de doute : 1° « le rhumatisme apparaît « fréquemment dans le cours de la blennorrhagie, « beaucoup plus fréquemment que n'importe quelle « autre maladie intercurrente, et cela sans qu'il soit « possible de l'expliquer par l'intervention des causes « habituelles de l'affection rhumatismale vulgaire (1). » 2° Il arrive souvent que cette maladie se renouvelle chez le même individu chaque fois qu'il contracte une nouvelle blennorrhagie; 3° il y a des sujets chez lesquels on voit la douleur rhumatismale alterner avec

(1) Voy. Rollet, *Nouvelles recherches sur le rhumatisme blennorrhagique*, in *Annuaire de la syphilis*, etc., p. 7.

l'écoulement de l'urètre, et cela sans nouvelle contagion. J'en ai cité un exemple p. 234. Rien n'est donc mieux établi que la dépendance de ces deux affections.

Il faut ajouter que le rhumatisme blennorrhagique a des caractères particuliers :

1° Il est souvent mono-articulaire ; s'il lui arrive d'attaquer plusieurs articulations à la fois, celles-ci sont toujours en petit nombre. Sur 34 malades, 74 articulations seulement furent envahies, soit à peu près 2 articulations par malade.

2° Il a une préférence marquée pour l'articulation tibio-fémorale, d'où le nom de gonocèle, sous lequel Swédiaur le désignait. Cette préférence ne constitue pas, du reste, une exclusion, car il a été observé, mais bien moins souvent, à l'articulation tibio-tarsienne, coxo-fémorale, huméro-cubitale, etc. (1).

Ce rhumatisme a beaucoup plus de fixité que le rhumatisme ordinaire ; il se déplace difficilement, et quand

(1) Voici les chiffres indiqués par M. Rollet :

Sur 19 cas, le rhumatisme blennorhagique a été 10 fois mono-articulaire, 8 fois poly-articulaire, 1 fois général.

L'articulation fémoro-tibiale a été prise 14 fois ; — l'articulation tibio-tarsienne, 5 ; — l'articulation huméro-cubitale, 2 ; — scapulo-humérale, 1 fois. — Soit, 22 articulations pour 19 malades ; moins de 2 par sujet.

Sur 34 observations de M. Brandes, furent prises : l'articulation fémoro-tibiale, 28 fois ; — tibio-tarsienne, 14 fois ; — coxo-fémorale, 10 fois ; — des doigts et des orteils, 8 fois ; — radio-palmaire, 6 fois ; — scapulo-humérale, 6 fois ; — sterno-claviculaire, 2 fois ; — temporo-maxillaire, 1 fois. — Soit, 75 articulations pour 34 sujets, un peu plus de 2 par malade. (*Loc. cit.*, p. 34 et 35.)

il arrive qu'une nouvelle articulation est envahie, la première ne cesse jamais complétement d'être douloureuse.

Il est fixé surtout sur la synoviale, d'où une grande tendance à l'épanchement, surtout quand il occupe le genou.

En même temps que l'articulation est malade les gaînes tendineuses le sont également. On a tout lieu d'admettre que la maladie se localise alors sur la bourse séreuse qui enveloppe le tendon. Ceci a été observé au niveau de l'acromion, surtout au niveau du tendon d'Achille.

Les signes d'inflammation : chaleur, rougeur et douleur, sont beaucoup moins marqués que pour le rhumatisme ordinaire ; surtout le rhumatisme blennorrhagique ne se termine jamais par suppuration, ce qui arrive quelquefois au rhumatisme inflammatoire ; mais, en revanche, il donne souvent lieu à l'ankylose, surtout pour les petites articulations. On a prétendu aussi qu'il pouvait se transformer en tumeur blanche, ce qui ne peut avoir lieu sans le concours d'une prédisposition.

Le rhumatisme blennorrhagique est rarement accompagné de fièvre ; au moins celle-ci n'est-elle jamais en rapport avec l'étendue de la maladie. Le sang n'est presque jamais couenneux.

Deux caractères séparent encore le rhumatisme blennorrhagique de tous les autres, d'abord la facilité avec laquelle il envahit le globe oculaire et fait naître l'iritis tandis que l'endocarde reste intact, ensuite

l'immunité que présenteraient les femmes à son égard. Ce dernier caractère a besoin d'être confirmé.

Il faut savoir enfin que le rhumatisme blennorrhagique est le plus souvent observé chez des sujets qui n'ont point souffert de douleurs articulaires avant d'être infectés, et qui n'en ressentent plus aucune après leur guérison, tant qu'ils ne contractent pas d'écoulement nouveau.

§ IV.

TRAITEMENT DES ACCIDENTS BLENNORRHAGIQUES CONSÉCUTIFS.

A. Sensations perverties de l'urètre. — Leur traitement varie selon que le malade a fait appel, pour sa blennorrhagie primitive, à l'allopathie ou à l'homœopathie.

Dans le premier cas, aucun agent spécifique n'ayant été employé, le cannabis et le sulphur doivent commencer le traitement. On verra souvent l'écoulement reparaître sous l'influence du premier médicament et la douleur diminuer en même temps. Il faudra songer alors au *natrum muriaticum* après le sulphur.

Dans le second cas, les médicaments précédents ayant été opposés aux accidents primitifs, il est rare qu'on ait intérêt à y revenir. Il faut alors, 1° si la douleur est *brûlante*, songer à *cantharides* dans le cas où il n'en aurait pas été fait usage, surtout si des signes de priapisme accompagnent cette sensation. *Thuja* viendrait après *cantharides* et compléterait son action.

Capsicum, causticum, copaïva, cubebe, mezereum, sabadilla, staphysagria auraient aussi leur utilité.

Capsicum, quand la douleur siége à l'orifice de l'urètre, qu'elle existe à tous moments : lorsque le besoin d'uriner se fait sentir, pendant l'émission de l'urine et aussitôt après;

Causticum, si la psore joue un rôle dans la persistance de ces douleurs ;

Copaïva, si la brûlure s'accompagne de prurit, qu'elle se fasse sentir avant d'uriner et après, mais non pendant la miction.

Cubebe, quand la douleur brûlante survient après le coït ;

Mezereum, lorsqu'elle succède à l'émission des urines ;

Sabadilla, si elle s'accompagne de fréquents besoins d'uriner et que l'émission de quelques gouttes d'urine l'augmente encore ;

Staphysagria, quand elle occupe les profondeurs du canal, n'augmentant pas pendant la miction, mais se faisant sentir dans la position assise.

2° Si la douleur se compose de *battements,* de *pulsations* dans le membre viril, les médicaments indiqués sont *copaïva* et *mercurius solubilis ;* ce dernier si la douleur est plus forte la nuit que le jour.

3° Une douleur de *cuisson* et de *plaie* réclame *acidum nitri, argentum nitric., capsicum, copaïva, mercurius solubilis, mezereum* et *natrum muriaticum ;*

Acidum nitri et *copaïva* quand la douleur existe vers le méat et la fosse naviculaire ;

Argentum, nitricum dans le cas contraire, quand elle occupe les parties profondes de l'urètre et qu'elle dure quelque temps encore après que le malade a cessé d'uriner ;

Capsicum, a des indications encore mal définies ;

Mercurius solubilis, quand la douleur se fait sentir surtout pendant la miction, et qu'elle est plus vive la nuit que le jour ;

Mezereum et *natr. muriat.,* lorsqu'elle se fait sentir surtout par la pression de la verge.

4° On peut opposer à une *douleur de déchirement, arsenicum, nux vomica, mezereum, petroselinum, sulphur.*

Arsenicum, quand la douleur revient par crises, se faisant sentir surtout dans l'après-midi et revêtant l'apparence névralgique ;

Nux vomica, chez les sujets irritables, qui ont fait abus de liqueurs spiritueuses ;

Mezereum, quand la douleur occupe toute la longueur du canal, allant du périnée au méat ;

Petroselinum, dans les mêmes circonstances ;

Sulphur, quand il y a complication de psore.

5° Les *élancements* cèdent à *cannabis,* qui est le médicament essentiel lorsque le malade a été traité par l'allopathie ; dans le cas contraire, *acid. phosph., capsicum, mercurius solubilis, petroselinum, sulphur* et *thuja* doivent être prescrits ;

Acid. phosph., quand la persistance de la douleur tient à ce que le sujet s'est livré à l'onanisme, les élancements se faisant sentir ou vers la région prostatique ou vers la fosse naviculaire ;

Capsicum, lorsqu'elles sont aiguës comme des piqûres d'aiguilles, qu'elles existent vers le gland, surtout pendant l'émission de l'urine;

Mercurius solubilis, si les douleurs viennent le soir, qu'elles s'étendent vers l'hypogastre, s'accompagnant de cuisson en urinant et d'un suintement urétral épais;

Petroselinum et *sulphur,* si les élancements existent seulement pendant l'émission de l'urine;

Thuja, quand ils sont accompagnés de douleurs déchirantes.

6° La sensation de *fourmillement,* comme si la verge était engourdie, cède à *acidum phosph., mezereum, petroselinum;*

Acid. phosph., quand elle existe en dehors de la miction;

Mezereum, quand ce fourmillement est lancinant et que l'urètre est le siége d'une certaine humidité;

Petroselinum, s'il existe le matin, en étant debout ou assis, et se trouve mêlé d'une douleur pressive, qui se fait sentir au niveau des glandes de Cowper.

7° Les *douleurs pressives* cèdent à *cannabis, cocculus* et *nux vomica,* que l'on distingue par les symptômes concomitants.

8° Le *prurit* doit être combattu par *cannabis,* quand ce médicament n'a pas été employé durant la période aiguë; autrement, par *cocculus, ignatia, mercurius solubilis, sambucus, sulphur* et *kali chloricum;*

Cocculus quand le prurit est lancinant et qu'il se fait sentir à l'extrémité du canal;

Ignatia, lorsque la sensation pruriteuse est franche ;

Mercurius solubilis et *sambucus,* quand elle siége vers la fosse naviculaire ;

Sulphur, si la douleur existe vers la partie moyenne du canal ;

Kali chloricum a été recommandé sans indications précises (1).

9° Les *douleurs tiraillantes* réclament *mezereum, petroselinum* et *thuja.*

Mezereum, quand le tiraillement part du périnée pour s'étendre à tout le canal ;

Petroselinum, s'il est limité à la fosse naviculaire ;

Thuja, quel que soit son siége, pourvu qu'il se fasse sentir seulement en urinant.

10° Il arrive encore que la malade croit sentir un corps étranger parcourir l'étendue du canal.

Thuja convient lorsque cette sensation se fait sentir vers le soir, de préférence ;

Lachesis, quand il semble qu'une balle roule dans la vessie et l'urètre ;

Sulphur, lorsque le malade se croit toujours menacé de voir sortir involontairement quelques gouttes d'urine.

B. Irritabilité du col de la vessie. — Elle se caractérise par des besoins très-fréquents d'uriner avec émission douloureuse, surtout au moment où le sphincter se contracte après la sortie des dernières gouttes d'urine. Les médicaments appropriés à cet état sont :

(1) Voy. Haubold, *Homœopathisches Repertorium,* etc., p. 9.

Aconitum, au début et comme intercurrent, lorsque la douleur est accompagnée d'un mouvement fébrile. Il ne faut jamais insister longtemps sur ce médicament.

CANTHARIDES, médicament essentiel, surtout si le besoin d'uriner est suivi d'une émission douloureuse et goutte à goutte, avec priapisme.

Copaïva, pourrait remplacer *cantharides*, lorsque celui-ci aurait diminué les symptômes inflammatoires. Quand le malade a pris ce médicament à haute dose, c'est lui qui est la cause réelle de la continuation de l'irritation vésicale. Dans ce cas, il faut instituer un traitement antidotique, dont *camphora* et *pulsatilla* forment la base.

Dulcamara, convient du moment où l'irritation vésicale est accompagnée de symptômes de catarrhe.

Nux vomica, chez les sujets bilieux et de caractère irritable, quand il y a déchirement et brûlure au col de la vessie, douleur pressive au même point après avoir uriné.

Petroleum est moins souvent indiqué; il répond seulement à la douleur de brûlure à la vessie, avec écoulement muqueux de l'urètre.

Pulsatilla s'adresse aux sujets mous et lymphatiques, de caractère indolent, quand il y a pesanteur et brûlure au col de la vessie, avec émission difficile et lente, quelquefois même impossible; symptômes qui indiquent que la prostate participe à la congestion.

Staphysagria calme les envies d'uriner, quand elles sont très-fréquentes, la miction ayant lieu lentement et par un jet très-mince.

Sulphur, médicament très-important, surtout s'il existe quelque complication psorique, la douleur ressentie étant composée d'élancements, de pression, et d'une douleur sécante qui se fait sentir à la fin de la miction, avant et pendant les selles.

Thuja, si les besoins d'uriner sont fréquents, qu'il y ait une grande excitation vésicale, et des élancements se faisant sentir à la région bulbeuse de l'urètre, pour s'étendre jusqu'au rectum.

C. Rétrécissements. — 1° Les *rétrécissements spasmodiques* cèdent le plus souvent à *clematis erecta;* lorsqu'il ne suffit pas, *antimonium crudum* peut être utile, si la miction est très-douloureuse, qu'elle ait lieu goutte à goutte, l'urine étant rouge, sanguinolente, et son émission étant suivie de l'expulsion de quelques gouttes d'un mucus blanchâtre; ce qui revient à dire que ce médicament est indiqué lorsqu'il y a à la fois catarrhe vésical et rétrécissement spasmodique.

Carbo vegetabilis, quand le spasme a lieu principalement le matin, et que le malade éprouve une vive douleur de brûlure le long de l'urètre.

Graphites, quand le jet est très-mince, que le besoin d'uriner est accompagné d'une douleur pressive à la racine de la verge, et qu'après l'émission de l'urine le malade éprouve une sensation de fourmillement, de crampe et de cuisson dans la verge et au coccyx.

Nux vomica convient après *clematis*, chez les sujets robustes, irritables, surtout quand il a été fait abus de boissons spiritueuses ou de café.

Opium, quand le jet d'urine est brusquement et involontairement interrompu.

Pulsatilla, aussi après *clematis,* chez les sujets blonds et indolents, le jet d'urine étant mince, accompagné de douleurs tiraillantes dans l'urètre, suivi de pression et de fourmillement au méat.

Staphysagria, si les envies d'uriner sont très-fréquentes et très-pressantes, l'urine coulant par un jet très-mince, ou goutte à goutte.

Zinc, dans les mêmes circonstances, mais avec une grande sensibilité de l'urètre, surtout de sa partie antérieure.

2° Les *rétrécissements organiques* sont ou congestifs ou dus à un épaississement plastique du tissu sous-muqueux. Les premiers, étant toujours accompagnés de douleur et d'écoulement, se rapportent à la blennorrhagie primitive, et rentrent dans la dysurie et l'ischurie, symptômes dont il a été parlé plus haut.

Les autres ont été traités par *sulphur, graphites, natrum muriaticum, mercurius solubilis, petroleum, lycopodium,* etc. Ce qui fixe le choix du médicament, ce n'est pas le rétrécissement lui-même, mais les symptômes qui l'accompagnent : la gêne apportée à l'émission des urines, l'écoulement blennorrhéique, etc.

Il est juste de dire que le plus souvent alors le traitement interne est insuffisant, et qu'il faut recourir de toute nécessité aux moyens chirurgicaux. Le rétrécissement devient alors une infirmité plutôt qu'une maladie ; il échappe pour ce motif à l'action dynamique des médicaments.

L'emploi de la dilatation est d'autant plus nécessaire, qu'il est le seul moyen d'éviter la rupture de l'urètre en arrière du rétrécissement, et, par suite, l'infiltration urineuse, les abcès, la gangrène et les fistules.

Lorsque ces graves complications se sont produites, il faut combattre les symptômes fébriles qui se montrent tout d'abord, avec *aconit* suivi d'*arnica*. Ces deux substances doivent être données à la 6e ou à la 12e dilution, à la dose de une à trois gouttes dans une potion de 125 grammes, dont le malade prend une cuillerée de trois en trois heures.

Si le malade éprouve ensuite des frissons, signe d'un travail de suppuration, il faut prescrire PULSATILLA, et la remplacer ensuite par *hepar sulphuris*, dès que la suppuration tend à se réunir en un foyer. Ces deux médicaments doivent être donnés comme les précédents.

Dès que l'abcès commence à se former, il faut l'ouvrir, afin de ne pas permettre au pus et à l'urine de s'infiltrer plus avant.

Enfin, les signes de gangrène commençant à se montrer, *lachesis*, *arsenicum*, *secale cornutum* doivent remplacer tous les autres médicaments. Les forces du malade étant toujours alors plus ou moins épuisées, *china* devient un intercurrent très-utile. Toutes ces substances doivent être données à des dilutions plus élevées que les autres, la 12e ou la 24e, souvent en globules, quelquefois en gouttes, toujours à des intervalles assez rapprochés, de trois à six fois en vingt-quatre heures, selon la rapidité avec laquelle se développent les accidents.

Les escarres étant tombées, il reste souvent des fistules très-tenaces. Pour les guérir, il faut tout d'abord éviter le contact des urines, et pour cela ne pas permettre que leur émission ait lieu sans le concours de la sonde. Quant aux médicaments, *silicea, graphites, sulphur,* seraient ceux auxquels il faudrait recourir.

Si les bords des fistules étaient indurés, et que la cicatrisation ne pût être obtenue, il faudrait pratiquer une opération d'autoplastie en rapport avec l'étendue et la disposition de la fistule.

D. Engorgement et induration de la prostate. — Lorsque l'engorgement de la prostate est récent, il est possible d'en triompher avec PULSATILLA, PHOSPHORUS, THUJA et, dit-on, *selenium;* tous médicaments qu'il convient de choisir en raison de l'ensemble des symptômes présentés par le malade, et qu'il faut donner à la 24e ou à la 30e dilution, en globules, et à raison de une à deux doses par jour seulement.

Lorsque l'engorgement est induré, *iodium* serait préférable; mais il est rare dans ce cas qu'on puisse obtenir la résolution de la tumeur. Celle-ci, du reste, n'est pas douloureuse; mais elle gêne l'émission de l'urine, et plus tard la défécation.

Le seul moyen de remédier au premier de ces inconvénients est le cathétérisme : aussi plus d'un vieillard est-il obligé d'y recourir plusieurs fois dans la journée.

Nux vomica, opium, graphites, plumbum, facilitent la défécation. Il faut les choisir d'après l'ensemble des symptômes.

E. Blennorrhée urétrale. — Elle dépend d'états morbides divers : souvent de ce que la blennorrhagie n'ayant pas été traitée par des agents spécifiques, la virulence de la maladie persiste, ses effets ayant été modifiés : c'est ce qui arrive aux malades qui ont suivi un traitement dont le copahu, le cubèbe et les injections irritantes ont fait tous les frais; ou bien elle tient à quelque complication, la gonorrhée ayant frappé sur un sujet psorique, syphilitique ou sycosique; enfin elle est l'effet d'un rétrécissement organique. Dans les deux premiers cas, les médicaments suffisent à la guérison; il n'en est pas de même dans le troisième, où l'intervention des moyens chirurgicaux est indispensable.

1° Il n'y a aucune complication, le malade a été traité par l'allopathie, les symptômes d'acuïté ont disparu, mais il reste un suintement qui dure depuis plusieurs mois; il faut alors débuter par cannabis, le donner à la 18e ou à la 24e dilution, à la dose de 4 à 6 globules dissous dans une potion de 125 grammes, dont le malade prend seulement une cuillerée le matin, et une le soir. Les symptômes d'acuïté ayant cessé, il est inutile de répéter plus souvent ce médicament.

L'effet de ce dernier est presque toujours de ramener l'écoulement, d'augmenter la douleur, en un mot de raviver la maladie. On laisse alors s'opérer une réaction de quelques jours, et l'on passe au natrum muriaticum, au sulphur ou au mercurius solubilis, selon les symptômes qui se présentent; natrum muriaticum, si l'écoulement est indolent et muqueux; sulphur, s'il est muqueux, mais accompagné de chaleur dans le

canal; MERCURIUS SOLUBILIS, s'il est indolent et verdâtre.

Les médicaments utiles alors sont, comme on le voit, ceux de la blennorrhagie primitive; seulement il ne faut plus insister sur *cannabis*, mais bien davantage sur *natrum muriaticum* et sur *sulphur*.

S'il a été fait abus de copahu ou de cubèbe, il faut débuter par donner le *camphre*, antidote de ces deux médicaments.

2° La blennorrhagie ayant été traitée tout d'abord par l'homœopathie, il reste un suintement, on peut affirmer alors qu'il existe une complication. Si cette dernière dépend du virus syphilitique, le *mercurius solubilis*, le *lachesis*, le *kali hydriodicum* seraient utiles. L'écoulement étant souvent alors l'effet de la présence de plaques muqueuses ou d'ulcérations secondaires, il faut choisir parmi les médicaments que j'ai indiqués, page 485. Toutefois, la blennorrhagie pouvant jouer encore un rôle secondaire dans la production du suintement, il est souvent nécessaire de revenir à l'emploi des médicaments qui lui appartiennent.

Il sera parlé dans le chapitre suivant de la sycose; quand elle compliquera la blennorrhagie, il faudra employer les substances que j'indiquerai alors.

Restent donc, comme causes s'opposant à la guérison de la blennorrhée, la psore et les scrofules. Le seul moyen de réussir alors serait de choisir son médicament en raison des formes revêtues par chacune de ces diathèses; en un mot, en tenant compte de tous les symptômes présentés par le malade. Ce seront donc bien rarement les caractères de la blennorrhée qui se-

ront déterminants : une dermatose antérieure ou concomitante aura souvent une valeur beaucoup plus grande.

Cependant, les symptômes dont l'urètre est le siége devront être tenus en sérieuse considération. Je les indiquerai donc également :

L'écoulement muqueux jaune réclame : NATRUM MURIATICUM, *thuja, capsicum;*

L'écoulement purulent verdâtre, *copaïva, cubebe,* MERCURIUS SOLUBILIS, THUJA ;

L'écoulement blanc, laiteux, opaque, *petroselinum, capsicum, ferrum ;*

L'écoulement séreux, *cannabis, mezereum, thuja ;*

Celui qui ressemble à la liqueur spermatique, et qui répand une odeur nauséabonde, PULSATILLA.

Enfin, quand le suintement se borne à une petite goutte de mucus qui agglutine le méat, NATRUM MURIATICUM, *petroselinum, borax* et *digitalis* doivent être préférés.

Ces suintements sont parfois indolents ; le plus souvent cependant ils s'accompagnent de quelque lésion de sensation, soit vers l'urètre, soit vers le col de la vessie. Il sera donc indispensable de comparer les indications précédentes à celles que j'ai réunies en parlant des *sensations perverties* de l'urètre et de l'*irritabilité de la vessie* (p. 678), et aussi avec l'article *Rétrécissements* (p. 685).

Quand la blennorrhée est entretenue par un rétrécissement organique, il faut effacer ce dernier : jusqu'ici les médicaments ont été impuissants à le faire. On trouve

dans le mémoire sur la blennorrhagie, de M. Léon Simon père, l'observation d'un malade atteint d'une blennorrhée qui durait depuis dix ans, et qui dépendait d'un rétrécissement organique. Un traitement dynamique, dont *sulphur, mercurius, lycopodium, sepia, lachesis, petroleum, graphites, natrum muriaticum* firent les frais, fut sans résultat, tandis que la dilatation par les bougies amena, en six semaines, une complète guérison.

En pareil cas, le mieux sera de suivre cette même pratique, et d'employer les bougies; si cependant aucun traitement direct n'a été suivi, il faudra prescrire concurremment les médicaments internes, afin de détruire l'état diathésique et de s'opposer ainsi aux récidives.

F. La BLENNORRHÉE DU GLAND ET DU PRÉPUCE doit être traitée par CANNABIS, quand la maladie est récente, le prépuce étant rouge, excorié, et le suintement muco-purulent;

NATRUM MURIATICUM devrait succéder au cannabis;

Mezereum et *petroleum* viendraient ensuite, s'il existait des granulations très-apparentes;

Mercurius solubilis serait préféré si les surfaces étaient largement et superficiellement exulcérées, et *mercurius corrosivus*, si le suintement était jaune et très-abondant;

Enfin *staphysagria, sulphur* et *thuja* seraient très-utiles lorsque le suintement aurait beaucoup diminué. Cette sécrétion étant réduite à un excès de smegma de mauvaise odeur, *mercurius corrosivus* et *sepia* feraient cesser ce symptôme.

G. Blennorrhée vaginale. — Il y a ici plusieurs distinctions à faire : ou la maladie est récente et elle n'a pas été traitée par l'homœopathie ; dans ce cas, il faut lui opposer CANNABIS, NATRUM MURIATICUM, SULPHUR et MERCURIUS SOLUBILIS, comme pour la blennorrhée de l'urèthre ;

Ou la leucorrhée est déjà ancienne : alors CARBO VEGETABILIS est très-utile, si l'écoulement est verdâtre et cause une douleur brûlante ; MERCURIUS SOLUBILIS doit lui succéder dans le cas où les globules purulents restent en excès ; surtout si la leucorrhée engendre des excoriations aux parties génitales externes, avec sensation de brûlure et de prurit augmentant la nuit ; *nitri acidum*, si l'écoulement est ichoreux et sanguinolent.

Ces deux médicaments rendent toujours l'écoulement plus muqueux : *mezereum*, *petroleum* et *sabina* doivent alors être employés, lorsque les granulations deviennent moins rouges, qu'elles occupent le col utérin et que la leucorrhée est glaireuse comme du blanc d'œuf ;

Ferrum répond davantage à la leucorrhée laiteuse, il serait utile après les médicaments qui précèdent, si l'écoulement venait du vagin ;

Graphites conviendrait au contraire si elle devenait tout à fait séreuse, ce qui n'a jamais lieu qu'à la fin de la maladie ;

Pulsatilla remplacerait *ferrum* chez les femmes chlorotiques, la leucorrhée étant composée d'un mucus épais, âcre et venant du vagin ;

Sepia, bien souvent recommandée, est souvent infidèle; elle ne convient réellement que s'il existe une complication psorique; *kali carbonicum* et *lycopodium* seraient dans le même cas;

Baryta carbonica, magnesia muriatica, sulphur conviendraient mieux aux sujets scrofuleux.

Les granulations blennorrhagiques sont souvent accompagnées de déplacement de l'utérus; il ne faut pas hésiter, dans ce cas, à faire usage des moyens contentifs usités en pareil cas, c'est-à-dire des ceintures de différents modèles, les pessaires ne pouvant être supportés tant qu'il existe quelque symptôme congestif.

H. — ENGORGEMENT DU CORDON SPERMATIQUE ET DE L'ÉPIDIDYME.

PULSATILLA et CLEMATIS sont les médicaments essentiels au début, tant que l'induration n'existe pas encore;

Phosphorus est aussi très-précieux après pulsatilla, quand les bourses sont grosses, sans rougeur vive, peu sensibles, la tumeur étant volumineuse, douloureuse au toucher et accompagnée d'un épanchement modéré dans la tunique vaginale;

Mercurius solubilis serait préféré si la peau des bourses, du côté malade, était d'un rouge érysipélateux;

Sulphur viendrait après le mercure soluble, lorsque celui-ci aurait effacé une partie de l'inflammation.

Lorsque cette dernière conserve quelque caractère d'acuïté, *belladona* doit être donnée avant le mercure, ou après lui;

Mezereum, nitri acidum, spongia tosta ont été recommandés par le docteur Haubold; le premier, quand le gonflement est devenu indolent; le second, quand la tumeur cause une douleur pressive qui s'étend jusqu'au cordon spermatique.

I. Engorgement de l'ovaire. — Celui-ci est souvent un effet de l'existence des plaques granuleuses et du déplacement utérin; dans ce cas, il n'y a point à en tenir compte pour le choix du médicament; la disparition de ce symptôme suit celle des altérations qui lui ont donné naissance.

Lorsque la tumeur est très-douloureuse, *belladona* doit être employée tout d'abord; puis *lachesis, mercurius solubilis* et *platina*, quand l'ovaire commence à s'indurer. Ces médicaments devront être choisis en raison des symptômes concomitants.

J. Priapisme. — Cantharides et thuja sont ici les médicaments essentiels, alors même que ce symptôme est déjà ancien.

Cannabis conviendrait tout d'abord si la maladie était récente, et que l'écoulement eût été brusquement interrompu par les injections.

Si cette affection était ancienne, *nux vomica, pulsatilla, opium, phosphorus* seraient très-utiles. Il faudrait les choisir en raison des symptômes concomitants;

Nux vomica et *pulsatilla*, quand le priapisme existe surtout le matin;

Opium, s'il est très-prolongé;

Phosphorus, s'il a été fait abus de coït.

K. — Cordée persistante. Comme elle est due à

un épanchement de lymphe plastique dans les corps caverneux, et à l'organisation de ce tissu nouveau, la guérison en est parfois difficile à obtenir.

Cependant, si l'altération est superficielle, *mercurius solubilis* suivi de *sulphur* et de *lachesis* peuvent l'effacer; autrement, *aurum* et *iodium* seraient très-utiles. *Argentum nitricum* a été aussi recommandé.

L. Pollutions. — Un grand nombre de médicaments y répondent, mais il faut tenir compte de tous les autres symptômes pour arriver à distinguer entre eux. Les pollutions fréquentes, étant toujours le résultat d'altérations des glandes de Cowper et des vésicules séminales, se rattachent à un des états morbides qui ont été passés en revue.

Le premier point est donc de bien déterminer quel est celui auquel on a affaire. Quant aux médicaments qui répondent le mieux à ce symptôme, ce sont :

Capsicum, mercurius solubilis, pulsatilla et *thuja*, parmi lesquels il faut choisir tout d'abord;

Acidum phosphoricum et *staphysagria* viendraient ensuite pour le cas où le malade serait tourmenté par des rêves lascifs;

Mezereum, nux vomica et *pulsatilla* viendraient en troisième lieu.

M. Pertes séminales. — Deux médicaments sont ici très-importants : calcarea et lycopodium, *sulphur* après. Il faut les donner dans l'ordre où ils sont énumérés, à la 24e ou à la 30e dilution, par dose de 4 à 6 globules dissous dans 120 grammes d'eau; le malade

prenant une cuillerée de cette potion le matin et une le soir.

Ces deux substances suffisent souvent à arrêter ce symptôme, pourvu qu'il n'y ait pas d'altération désorganisatrice de la prostate et des vésicules séminales.

On peut encore choisir entre : *anacardium* quand l'écoulement a lieu également pendant les efforts de défécation et à la fin de la miction; *acidum nitricum,* si elle survient seulement pendant une selle difficile; *natrum carbonicum* et *daphne indica*, si elle a lieu *en urinant; pulsatilla,* quand le liquide est muqueux et incolore avec chatouillement au gland; *sepia*, lorsque la perte séminale a lieu *après* l'émission de l'urine;

China et *acidum phosphoricum* seraient utiles pour relever les forces des sujets épuisés par des pertes répétées.

N. Impuissance. — Elle tient ou à la présence d'un rétrécissement, ou à la maladie de la prostate ou à une affection de la moelle épinière.

En dehors des médicaments qui ont été indiqués pour les deux premières formes morbides, on devra consulter : *camphora,* quand l'impuissance est passagère ; *acidum muriaticum,* si les érections sont tout à fait nulles; *acid. nitric.*, s'il y a des érections douloureuses la nuit, et, le jour, absence d'appétit vénérien; *ignatia, kali carbonicum, lycopodium,* si l'impuissance est complète.

Ensuite *capsicum,* si la peau des bourses est *froide; magnesia carbonica,* dans le cas de répugnance complète pour le coït. S'il y a maladie de la moelle épinière,

il faut employer les médicaments qui sont usités pour ces affections, lesquelles, n'appartenant pas exclusivement aux maladies vénériennes, ne peuvent nous arrêter ici.

O. — Ophthalmies. La première espèce, celle qui arrive dans les premiers temps de la maladie, lorsque l'écoulement a brusquement disparu, ne réclame pas d'autres médicaments que ceux dont il a été parlé à propos de l'ophthalmie blennorrhagique par contagion (p. 645); seulement, la maladie ayant une marche moins rapide, les doses doivent être moins souvent répétées.

La *psorophthalmie* doit être traitée, au début, par *natrum muriaticum*, suivi de *petroleum* et de *mezereum*, quand les granulations sont très-saillantes;

Mercurius solubilis serait utile seulement si la sécrétion muqueuse était épaisse, muco-purulente, et assez abondante; ce qui arrive rarement;

Lycopodium convient plus souvent, parce qu'il répond à la rougeur granulée des paupières, mais seulement après *natrum*.

Si le malade a une constitution scrofuleuse, il faut consulter aussi les substances utiles pour le traitement des scrofules.

Enfin l'*iritis blennorrhagique* doit être traitée avec les médicaments que j'indiquerai tout à l'heure à propos du rhumatisme, par cette raison qu'elle accompagne toujours ce dernier. En outre de ceux-ci, *belladona* et *thuja* pourraient être très-utiles pour faire

cesser la contraction de la pupille; *calcarea* et *acidum nitri*, quand la cornée est devenue opaque.

P. Rhumatisme blennorrhagique. — Un des premiers médicaments à employer, quand il n'a pas été suivi de traitement homœopathique pour les symptômes primitifs, est le cannabis, surtout si les douleurs sont tractives, profondes, paraissant siéger sur le périoste, sans changement de couleur à la peau, sans gonflement des articulations. Ce médicament a une action rapide; il suffit parfois à la guérison, ainsi que je l'ai vu sur un horloger qui se présenta au dispensaire en 1845. Cet homme avait vu ses douleurs succéder à une blennorrhagie qui avait été guérie en 15 jours par les injections, le copahu et le cubèbe. Les articulations des genoux, des épaules et des poignets étaient atteintes. *Cannabis*, 18e, 6 globules, fut d'abord donné; on le mit dans une potion de 120 grammes, dont le malade prit une cuillerée tous les matins. Au bout de huit jours l'amélioration était très-marquée;

Cannabis, 24e, 6 globules, donné comme précédemment, compléta la guérison.

J'ai rappelé plus haut un cas de guérison obtenue par *graphites* (p. 234). Ce médicament convient quand la douleur occupe une grande articulation, celle du genou, de la hanche, de l'épaule, la douleur étant déchirante et lancinante, accompagnée de crampe dans les muscles, de roideur empêchant les mouvements de flexion.

Natrum muriaticum est indiqué quand les douleurs viennent la nuit de préférence, qu'elles se composent

d'une sensation de brisement et de lancination dans les muscles et les petites articulations, surtout s'il y a raccourcissement des tendons;

Pulsatilla pourrait être utile après le *natrum*, si les douleurs étaient accompagnées de beaucoup de frissons, et *nux vomica* si elles étaient venues à la suite d'un refroidissement ou d'un excès de boissons spiritueuses. Ces deux médicaments améliorent souvent, mais ne guérissent pas à eux seuls. Le docteur Hirschel (1) recommande *lycopodium, mezereum,* SASSAPARILLA et THUJA, mais sans donner les signes distinctifs de chacun de ces médicaments.

On peut dire cependant que ces substances répondent aux caractères suivants :

Lycopodium, douleurs déchirantes et tractives, venant surtout la nuit avec gonflement des grandes articulations (épanchement synovial), raideur et crampes dans les muscles.

Mezereum, la douleur venant par accès accompagnés de frissons et d'horripilations ; qu'elle soit tractive, tensive, tressaillante et suivie d'une grande faiblesse, surtout si elle occupe les épaules. Convient aussi quand il y a raccourcissement des tendons.

Sassaparilla, lorsque les douleurs sont accompagnées d'une grande raideur des articulations et d'un sentiment de lassitude extrême, et quand elles ont le caractère d'élancements pressifs et de déchirements.

Thuja serait mieux indiqué si les articulations

(1) Voyez *Guide du médecin homœopathe,* p. 67.

étaient rouges et gonflées, et qu'elles fussent le siége de craquements dans les mouvements de flexion.

Le docteur Hirschel indique encore, d'après Deventer, *anacardium*, quand la maladie occupe l'articulation coxo-fémorale, les douleurs étant lancinantes et brûlantes et descendant de la hanche au pied pour remonter ensuite du pied à la hanche ; et *sabadilla*, quand elles se composent d'élancements extérieurs, augmentant dans le repos et diminuant dans le mouvement.

J'ai indiqué déjà comment devaient être prescrits un certain nombre de ces médicaments ; les règles suivantes s'appliqueront au mode d'administration de ceux pour lesquels il n'a été rien spécifié, en particulier aux substances recommandées pour le rhumatisme.

Toutes doivent être données à une dilution élevée, 24e ou 30e, bien rarement au-dessous de 18e.

Les globules sont presque toujours suffisants, la dose ne doit pas être répétée plus de deux à quatre fois par jour. Il faut craindre les aggravations, comme le prouve l'observation rapportée à la page 234.

Il est toujours très-important de laisser entre chaque substance des intervalles de repos proportionnés à leur durée d'action.

CHAPITRE III.

Sycose.

La description de cette diathèse étant à peine ébauchée, je me bornerai à indiquer ici les caractères et le traitement des formes morbides qui lui appartiennent sans conteste, laissant à l'avenir le soin de décider quelles autres affections il conviendrait de leur adjoindre. Pour le moment je réduirai à trois celles dont je veux parler : les végétations proprement dites, les polypes et les verrues.

§ I.

VÉGÉTATIONS.

Les végétations naissent, le plus ordinairement, quand elles sont primitives, sur les organes génitaux de l'homme et de la femme; plus tard, elles peuvent se développer sur des points éloignés, sur la langue, sur les valvules du cœur, sur les méninges, à la surface des voies aériennes supérieures, etc.

Sur les organes génitaux, les végétations primitives forment des masses irrégulières, d'une couleur variable, allant du rouge au violet, à surface granulée. La forme de ces tumeurs est indiquée par les noms mêmes qu'elles ont reçus de *choux-fleurs*, de *fraises*, de *framboises*, de *poireaux* et de *verrues*. Elles sont molles, peu douloureuses, saignent facilement par le contact, et sécrètent un liquide muco-purulent qui répand

en général une mauvaise odeur. Leur volume devient parfois assez considérable pour gêner les fonctions des organes voisins.

Chez l'homme, ces végétations occupent ordinairement la surface du gland ou celle du prépuce; il n'est pas rare, non plus, de les rencontrer dans le canal de l'urètre, où elles amènent un écoulement réellement sycosique.

Chez la femme, on les observe à la vulve où elles acquièrent parfois un volume énorme (1), dans le vagin et sur le col de l'utérus (2).

Les deux sexes les présentent aussi à l'anus, à la surface des paupières, sur la langue et au fond du pharynx.

Les végétations secondaires peuvent offrir un aspect analogue à celui des végétations primitives; mais elles sont toujours plus compactes, moins vasculaires. Ce sont elles qui peuvent, en se ramollissant sur certains points tandis qu'elles s'indurent sur d'autres, faire croire à une tumeur cancéreuse. Ou bien quand elles sont comprimées, elles deviennent plus dures encore, ne sécrètent rien et forment des tumeurs dont le diagnostic est parfois embarrassant.

La *verrue* est une forme très-fréquente de ces végétations secondaires, on les observe sur les organes génitaux : j'en ai cité un exemple dans ma thèse (3).

(1) Voyez la tumeur représentée par M. Lebert, *Anatomie path.*, pl. CLVI.

(2) *Ibid.*

(3) Comparer les effets du mercure sur l'homme sain, aux symptômes de la syphilis. *Thèse*. Paris, 1847

Le diagnostic des végétations primitives est assez facile : leur forme, leur siége ne permettent guère de les confondre qu'avec les papules muqueuses; mais celles-ci sont plates, toujours assez petites, ne sont pas granulées à leur surface, ont une nuance plutôt grise que rouge et n'acquièrent jamais le volume des végétations.

Ce qui est plus embarrassant, c'est de reconnaître les fics quand ils se développent sur une surface qui n'est point accessible à la vue : à l'intérieur d'un prépuce étroit, dans le canal de l'urètre, par exemple.

Dans le premier cas on peut confondre la végétation avec un chancre induré; toute la différence se trouve dans la consistance de la tumeur, dans sa sécrétion qui est beaucoup plus abondante et plus sanguinolente avec le fic qu'avec le chancre; enfin, par les propriétés de ces liquides, celui du chancre pouvant être inoculé, celui de la végétation ne l'étant jamais.

Dans le second cas, on peut encore reconnaître la tumeur en écartant les lèvres du méat, lorsqu'elle existe près de ce dernier; autrement on ne peut la supposer que d'après la nature de l'écoulement. L'inoculation seule la fait distinguer du chancre larvé. La division du jet de l'urine et l'existence du suintement la font confondre avec les rétrécissements. Seulement, l'écoulement urétral, avec ces derniers, n'est ni aussi abondant, ni aussi purulent, ni aussi souvent sanguinolent qu'avec la sycose. Le cathétérisme indique la présence de l'obstacle, mais il ne peut guère en faire présumer la nature.

Les végétations secondaires à forme de *verrues* ou de *poireaux*, se reconnaissent aisément quand on peut les voir; autrement leur diagnostic est à peu près impossible, leur consistance, leur insensibilité ne pouvant guère permettre de les distinguer des autres espèces de rétrécissement.

Les végétations secondaires à forme cancroïde se séparent du cancer par les caractères suivants : elles naissent de plusieurs racines, le cancer d'une seule; ne s'accompagnent pas d'engorgement ganglionnaire; ne causent point de douleurs lancinantes et sécrètent un liquide beaucoup moins irritant.

Les végétations des valvules du cœur et celles des méninges sont à peu près impossibles à diagnostiquer : les premières se confondent avec les autres altérations valvulaires, les secondes avec les tumeurs gommeuses ou osseuses de la syphilis. L'existence antérieure de végétations primitives serait une raison de supposer, mais non d'affirmer, leur existence.

Les végétations des voies aériennes supérieures seraient indiquées par la gêne de la respiration, et surtout par les nouveaux procédés de laryngoscopie (1).

Le pronostic des végétations primitives n'est jamais très-grave; il ne le devient que dans le cas où ces productions épigéniques atteindraient à un énorme vo-

(1) Ce moyen d'exploration tout nouvellement importé en France, et dont nous devons les premiers essais au professeur Czermak, de Pesth, a déjà permis de reconnaître les plaques muqueuses du larynx coïncidant avec un enrouement syphilitique : on comprend de quelle importance il pourrait être pour le diagnostic des végétations du larynx.

lume, ce qu'on a observé plusieurs fois. De plus, leur thérapeutique médicale est aussi sûrement établie, pour les homœopathes, que celle des autres formes primitives des maladies vénériennes, nous pouvons donc renoncer d'une manière générale, sinon absolue, à l'emploi des moyens chirurgicaux.

Le pronostic des végétations secondaires n'est important qu'en raison de leur siége. Occupent-elles la peau ou la surface des organes génitaux, de l'anus, elles n'inspirent point d'inquiétude. Il en serait autrement si elles existaient sur les méninges ou à la surface des voies aériennes; mais leur danger dépend alors de leur situation et non de leur nature.

Traitement. — L'homœopathie seule, jusqu'à présent, a su indiquer d'une manière exacte le traitement interne de la sycose. Le médicament qu'elle recommande en première ligne, celui qui se trouve en rapport direct avec cette diathèse, est le thuja occidentalis. Il est à la sycose ce que le *mercure* est à la syphilis, ce que le *cannabis* est à la blennorrhagie. C'est la substance le plus souvent indiquée, et cependant elle ne répond pas non plus à toutes les formes de la maladie, à toutes ses périodes. Le thuja s'adresse seulement aux végétations molles, rouges, suintantes, à large base, qu'elles aient la forme de *fraises*, de *framboises*, de *choux-fleurs*, de *crêtes-de-coq*; mais il ne peut rien pour les végétations verruqueuses et sèches. Il convient, quel que soit le siége de la maladie, que celle-ci occupe les organes génitaux, l'anus, les paupières, etc.

Ce médicament doit être prescrit à basse dilution,

6e ou 12e ; à la dose de 1 à 3 gouttes dans une potion, prise à raison de 3 ou 4 cuillerées en 24 heures. Il faut toujours insister sur cette substance pendant plusieurs jours de suite, y revenir à plusieurs reprises, en laissant au malade quelques intervalles de repos. Hahnemann recommandait, dans les cas graves, de toucher la végétation avec du suc de *thuja ;* c'est donc une substance qu'il convient d'employer à l'extérieur et à l'intérieur.

Le NITRI ACIDUM a aussi une grande importance pour le traitement de la sycose, surtout quand la tumeur se compose d'une série de petites végétations rouges, juxtaposées. On le donne comme le thuja.

Sabina, qui a été souvent employée, même en allopathie, sous forme de poudre déposée sur la végétation (1), a beaucoup moins d'efficacité que les deux substances précédentes ; elle est utile cependant quand le condylôme donne une sensation de prurit et de brûlure insupportable ; mais cette douleur étant calmée, il faut d'ordinaire en revenir au *thuja* et au *nitri acidum.*

Sous l'influence de ces médicaments, on voit la végétation se flétrir, pâlir, devenir blanche et filamen-

(1) M. Vidal (de Cassis), *Traité des mal. vénér.*, p. 271, recommande une poudre ainsi composée :

Sabine.....	5 grammes.
Alun calciné.....	5 grammes.

Il eût tiré meilleur parti de la teinture de ce médicament.

teuse ; *lycopodium*, donné alors, amène sa chute rapide.

Les substances précédentes suffisent à guérir les végétations primitives, quand il n'existe aucune complication; seulement il est toujours convenable d'employer le *sulphur*, à titre d'intercurrent, si le sujet est psorique ou scrofuleux. Le soufre est toujours donné à une dilution élevée, 24e ou 30e, et en globules.

Mais la sycose est souvent compliquée de syphilis, ce qui arrive lorsque la végétation se développe à la surface d'un chancre primitif ou sur sa cicatrice. Dans ce cas, il faut recourir tour à tour aux médicaments qui conviennent à ces deux diathèses.

J'ai dit plus haut, en parlant du chancre végétant, comment il fallait se conduire lorsque le fic se développait à la place d'un ulcère primitif. (V. page 364.)

Quand on est consulté après le développement complet de la végétation, il faut débuter par le MERCURIUS SOLUBILIS, prescrire même le SUBLIMÉ si le condylôme est le siége d'une sécrétion très-abondante. Si l'on a lieu de croire à l'existence de la psore ou de la scrofule, ou si le mercure a été donné largement, il faut débuter par SULPHUR TRITURATUM.

Ces médicaments ayant accompli leur action, on revient au *thuja*, à l'*acide nitrique*, à la *sabine*, comme il a été dit plus haut.

L'observation suivante viendra à l'appui de ces indications.

M. X***, commerçant, vingt-deux ans, lymphatique, contracte deux chancres sur le prépuce, en septem-

bre 1857. Ce malade était alors en Allemagne. Le médecin qu'il consulte cautérise profondément, aucun traitement général n'est prescrit. Les ulcères se cicatrisent en quinze jours, mais, à leur place, il reste des taches rouges un peu élevées.

Dans cet état, ce jeune homme contracte un nouveau chancre, au mois de décembre ; ce chancre existait sur le côté gauche du prépuce ; les premiers occupaient le bord droit de son limbe. Nouvelles cautérisations, et emploi du mercure à l'intérieur, sous la forme de pilules de Dupuytren.

Malgré ce traitement, l'ulcère persiste et les cicatrices du côté droit se transforment en condylômes ; on les excise, puis on les cautérise avec l'acide nitrique ; elles repoussent, et la même opération est pratiquée une seconde fois, puis une troisième. Las de souffrir, ce jeune homme me consulte le 12 février 1858, presque six mois après la première infection.

Il portait à la face interne du prépuce, à gauche, un ulcère superficiel, à fond grisâtre, saignant facilement, et dont la base paraissait un peu indurée ; deux végétations, en forme de crête de coq, prenaient naissance à droite, un peu au-dessus du sillon balanopréputial. Ces végétations étaient rouges, molles, saignaient peu, ne causaient point de douleur. Enfin, un léger écoulement muqueux, indolent, avait lieu par l'urètre.

Sentiment de courbature générale, peu d'appétit, langue blanche, constipation, faiblesse, grande inaptitude au travail.

La constitution du malade et l'emploi antérieur du

mercure à dose allopathique, firent que je débutai par *sulphur trit.*, 30e, 5 globules, dans une potion de 250 grammes d'eau; le malade en prenait 3 cuillerées à bouche chaque jour.

Cinq jours après, je trouvai l'ensemble du prépuce moins rouge; l'ulcère, plus superficiel et d'une teinte plus vive, s'était rétréci; les végétations n'avaient pas changé.

17 février. — Repos de huit jours; puis *mercurius solubilis*, 30e, donné comme le soufre.

2 mars. — L'ulcère est complétement cicatrisé; seulement la cicatrice reste d'un rouge sombre et plus dure que les parties voisines; les végétations sont moins rouges; elles ne donnent plus aucun suintement.

Prescription : à l'intérieur, *thuja*, 18e, goutte j, pour 250 grammes d'eau alcoolisée. Prendre chaque jour trois cuillerées à bouche de cette potion;

A l'extérieur, *thuja*, 6e, gouttes vj pour 100 grammes d'eau alcoolisée. Tenir sur les condylômes un plumasseau de charpie imbibée de ce dernier liquide.

10 mars. — Très-bien; les végétations ont diminué de moitié, elles ont perdu leur rougeur, leurs bords se fendillent, deviennent blancs et filamenteux.

Prescription : thuja, 24e, goutte j, à l'intérieur; *thuja* 3e, gouttes vj pour 100 grammes de véhicule, à l'extérieur.

17 mars. — Les végétations sont complétement flétries et blanches; une partie s'est détachée, laissant une tache rouge, sans dureté.

Prescription : Lycopodium, 30e, goutte j pour

250 grammes d'eau alcoolisée. Prendre cette potion deux fois par jour seulement; rien à l'extérieur.

25 mars. — Très-bien quant aux condylômes; ils ont entièrement disparu; mais l'induration du chancre persiste; de plus, le malade se plaint de mal de gorge, les tonsilles sont rouges, il n'y a pas encore de plaque opaline; il existe sur le visage et sur la poitrine des taches de roséole bien caractérisée, quoique en petit nombre.

Prescription : Lachesis, 18e, 6 globules pour une potion de 250 grammes; 4 cuillerées par jour.

29 mars. — La gorge est beaucoup moins rouge, la roséole ne s'est pas étendue, la cicatrice du chancre pâlit et devient plus souple.

Lachesis, 24e, 6 globules, *ut suprà*.

3 avril. — Il n'y a plus rien à la gorge ni à la peau; la cicatrice du chancre a presque disparu.

Le malade fut laissé au repos pendant quinze jours; il prit alors *sulphur*, 30e, 5 globules pendant quatre jours; huit jours après, *lachesis*, 30e, 5 globules; et une semaine plus tard, *mercurius solubilis*, 30e, 6 globules.

Lorsque ces trois médicaments furent administrés, il ne restait plus aucun signe de vérole; je les donnai seulement pour combattre l'état diathésique, dont l'existence pouvait être encore supposée.

Réflexions.— Cette observation est un exemple bien caractérisé de complication de la sycose avec la syphilis; c'est une preuve de l'indépendance affectée par ces deux diathèses, au point de vue thérapeutique surtout.

Tandis que le malade était soumis au mercure donné à haute dose, les végétations se développent sans que rien puisse les arrêter, ni les empêcher de reparaître après l'excision.

Soumis ensuite au traitement homœopathique, on voit le *sulphur* et le *mercurius solubilis* cicatriser le chancre et modifier seulement la sécrétion des condylômes, tandis que le *thuja* et le *lycopodium* font disparaître ces derniers en laissant debout l'induration préputiale.

Celle-ci ayant succédé à un chancre qu'on avait cautérisé souvent, j'avais espéré, pendant un moment, qu'elle se rattachait au traitement et non à la vérole. L'apparition du mal de gorge et de la roséole durent me faire abandonner cette espérance. Ce qu'il y eut de remarquable alors fut la rapidité avec laquelle le *lachesis* arrêta le développement de ces nouveaux symptômes.

S'il y avait complication de blennorrhagie et de sycose, *cannabis* et *natrum muriaticum* retrouveraient leur utilité; il faudrait seulement les remplacer plus tard par *thuja, nitr. acid., sabina* et *lycopodium,* ainsi qu'il a été indiqué déjà.

On a recommandé encore pour les végétations sèches et filamenteuses, quand elles résistent au lycopodium, *staphysagria* suivi de *mercurius nitrosus; aurum muriaticum,* quand les condylômes sont venus à la suite de gonorrhées et de chancres répétés: ce médicament conviendrait aux végétations de l'anus, de la langue et du prépuce; *euphrasia,* lorsque la végé-

tation est le siége d'une sensation de prurit ou d'une douleur lancinante, et lorsqu'elle est très-douloureuse au toucher; *causticum*, quand il y a complication psorique.

Lorsque les végétations sont anciennes, elles ne réclament pas d'autres médicaments, tant qu'elles conservent les caractères indiqués plus haut; si elles s'indurent, *sulphur* devient utile, *staphysagria*, *sepia* méritent d'être consultés.

Si elles revêtent l'aspect carcinomateux, *arsenicum*, *carbo vegetabilis*, *phosphorus* deviennent très-efficaces. *Arsenicum*, *lachesis*, *secale cornutum* seraient réservés pour le cas où quelque partie des condylômes serait frappée de gangrène.

Il peut arriver, enfin, que la tumeur soit tellement désorganisée qu'il n'y ait pas lieu d'espérer en l'action des médicaments; il faut se décider alors à l'opération.

Il peut arriver encore que les fics prennent l'aspect de verrues; dans ce cas, les médicaments utiles sont ceux dont je parlerai dans le troisième paragraphe.

Tous les médicaments dont je n'ai point indiqué, d'une manière spéciale, le mode d'administration, doivent être employés à la 24e ou à la 30e dilution, donnés le plus ordinairement en globules, et il ne faut pas en répéter la dose plus de deux à trois fois par jour.

§ II.

POLYPES.

Les polypes sont des tumeurs qui naissent à la surface des membranes muqueuses, sur lesquelles ils sont implantés par un pédicule plus ou moins large.

Ces polypes sont *mous* ou *durs*, *vésiculeux* ou *fibreux*. Il y a aussi des polypes *villeux*, qui sont formés aux dépens du corps papillaire.

D'après M. Cruveilhier, la seule différence qui existe entre les *polypes vésiculeux* et les *polypes fibreux* serait une différence de siége ; les premiers naissent de la muqueuse elle-même, les seconds de la couche fibreuse sous-jacente (1).

Les polypes naissent toujours par un seul pédicule, qui va en se subdivisant à mesure qu'il s'éloigne de son point de départ.

Les *polypes muqueux* et *vésiculeux* forment des tumeurs d'un volume très-variable, d'une nuance grisâtre, parfois translucide, saignant assez facilement au contact, causant plus de gêne que de douleur. La sécrétion à laquelle ils donnent naissance est composée de mucus.

Les *polypes fibreux* sont plus durs, plus rouges, la muqueuse les recouvre sans y adhérer très-intimement.

Les polypes peuvent tomber spontanément par l'é-

(1) *Anat. pathol. générale*, t. III, p. 611.

tranglement de leur pédicule ; mais ceci est rare, il faut le plus souvent les enlever.

A en juger d'après des observations récentes, ils pourraient aussi disparaître par un travail de résorption.

Ce qui les caractérise surtout, c'est la facilité avec laquelle ils se reproduisent. J'ai vu un malade qui avait subi quatre fois l'arrachement de polypes vésiculeux du nez.

On s'est demandé si les polypes pouvaient dégénérer : M. Cruveilhier ne le pense pas (1), M. Nélaton non plus (2).

Les polypes se développent à la surface de toutes les muqueuses, mais surtout dans les fosses nasales et sur la muqueuse utérine.

1° Dans les *fosses nasales*, la grande difficulté est parfois de déterminer leur point d'insertion ; ils naissent des cornets ou des intervalles qui les séparent, de la face inférieure du sphénoïde, du bord postérieur des fosses nasales, de l'apophyse basilaire : dans ce cas, ils se développent vers l'œsophage.

Le premier effet du polype est de gêner la respiration, de diminuer l'odorat, d'altérer le timbre de la voix ; puis de donner lieu à un écoulement muqueux, parfois assez âcre, souvent sanguin ; la vue et le toucher permettent de reconnaître la tumeur et son espèce.

(1) *Ibid.*, p. 614.

(2) *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. V, IIe partie p. 782.

Le danger de ces productions accidentelles se trouve dans le volume qu'elles peuvent acquérir, et les déformations qu'elles causent, en pénétrant dans les sinus maxillaires, dans le pharynx, en comprimant les os qu'elles amincissent, altérations qui peuvent devenir assez graves pour nécessiter d'importantes opérations et pour entraîner la mort.

2° Sur les organes génitaux de la femme, les chirurgiens admettent des polypes *cellulo-vasculaires* et des polypes *utéro-folliculaires*, auxquels il faut ajouter les polypes *villeux*.

Les premiers se composent de tumeurs allongées, de volume variable, à pédicule long et grêle, donnant lieu à des hémorrhagies parfois abondantes et redoutables, et, dans l'intervalle, à un écoulement leucorrhéique, blanc jaunâtre, devenant très-facilement sanguin.

Quand ces tumeurs sont volumineuses, elles gênent l'émission des urines et la défécation, s'opposent surtout aux rapprochements sexuels.

Les polypes *utéro-folliculaires*, *fibrophytes* de M. Cruveilhier, sont constitués principalement par une hypertrophie du tissu propre de l'utérus. Ils rentrent dans la classe des corps fibreux ; seulement ils sont pédiculés, au lieu d'être enchatonnés.

La tumeur est ovalaire, plus mince vers le pédicule que vers l'extrémité opposée ; sa surface est lisse, polie, sillonnée par des vaisseaux parfois volumineux. On trouve à la surface de ces polypes de petites saillies hémisphériques ayant le volume d'un grain de millet

ou de chènevis, formées par de petites cavités qui communiquent avec une cavité centrale. Celle-ci est parfois assez vaste; ses parois sont assez épaisses pour qu'on ait pu confondre une tumeur de cet ordre avec l'utérus lui-même.

Les petites cavités dont il vient d'être question sont formées aux dépens de follicules muqueux hypertrophiés et dilatés; le polype offre alors une structure complexe; il se compose d'une trame fibreuse, d'un liquide séro-albumineux qui imbibe le tissu; il se forme à sa surface une série de petites tumeurs folliculaires appartenant à la muqueuse elle-même.

Il y aurait aussi des *polypes par dégénérescence;* ils ne sont autre chose, d'après M. Nélaton, qu'une phase de la dégénérescence cancéreuse elle-même.

Les polypes peuvent se développer aussi sur les autres muqueuses : à la surface de l'*urètre,* où ils se confondent, par leurs symptômes, avec les rétrécissements organiques. Ils forment de petites tumeurs charnues, sessiles ou pédiculées, d'un rouge vif ou grisâtre, à surface lisse qui se continue avec celle de la muqueuse vasculaire, et saignent très-aisément. Ils existent souvent près du méat, quelquefois profondément. Dans le premier cas, il est facile de les reconnaître; c'est à peu près impossible dans le second. Les polypes ont un volume variable, qui dépasse rarement celui d'une cerise; ils peuvent être multiples.

Les polypes sont indolents et ne causent de souffrances qu'après des compressions répétées, surtout

après le coït. Ils donnent lieu à des hémorrhagies fréquentes, gênent l'excrétion des urines, mais à la manière des autres rétrécissements.

Dans la vessie, les polypes se confondent, par leurs symptômes, avec les tumeurs fongueuses de cette partie.

Dans le rectum, ils sont presque toujours mous, rarement fibreux, en général pédiculés, à surface lisse, leur point d'insertion est très-variable.

La présence de ces polypes est indiquée par la gêne et la douleur qui accompagnent la défécation, un sentiment de pesanteur au périnée, un suintement muqueux, parfois sanguinolent, voire même des hémorrhagies, par l'apparition de la tumeur et sa sortie complète pendant les garde-robes. Le toucher rectal complète le diagnostic, en faisant reconnaître la présence d'une tumeur lisse, plus ou moins résistante et pédiculée.

Chez les enfants, un écoulement sanguin, survenant après la selle, est un signe caractéristique, les hémorrhoïdes ne pouvant être supposées dans le jeune âge.

Traitement. — On s'accorde, en général, à regarder les polypes comme étant incurables, tout au moins comme résistant à toute espèce de médication interne. Partant de cette donnée, on les arrache, on les excise ou on les lie, quitte à les voir reparaître, ce qui arrive le plus souvent.

L'homœopathie n'accepte pas ce principe qui tendrait à ranger ces tumeurs parmi les affections exclusivement chirurgicales. Elle emploie contre elles plu-

sieurs médicaments, dont l'efficacité n'est pas douteuse. Ce sont principalement les polypes du nez, sur lesquels les observations ont été le plus nombreuses.

Parmi eux, les polypes muqueux ont cédé à *calcarea, teucrium marum, sulphur;*

Calcarea, quand la tumeur donnait naissance à un abondant écoulement muqueux, son volume étant tel que toute la cavité nasale était remplie;

Staphysagria, spécialement recommandée par M. de Bœnninghausen (1), viendrait ensuite, surtout s'il y avait une douleur profonde et aiguë;

Sulphur, lorsque la tumeur est rouge, qu'elle saigne aisément quand on la touche, et qu'elle cause dans cette circonstance, une douleur lancinante aiguë;

Teucrium marum s'adresse surtout aux polypes anciens, mais mous, blanchâtres, décolorés, ou semblables à une vessie distendue, tout à fait insensibles et assez volumineux pour remplir toute la cavité nasale.

Dans les observations rapportées par le docteur Rückert (1), ces médicaments ont été employés à la 18e et à la 30e dilution; le *teucrium marum* seul a été donné à la 3e;

Kali bichromicum a été aussi employé avec avantage; mais la relation des faits, dans lesquels il a réussi, est trop incomplète pour qu'il soit possible d'en spécifier les indications.

Les polypes *fibreux, sarcomateux,* cèdent à PHOSPHO-

(1) *Loc. cit.*, p. 163.
(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 401 et *passim.*

RUS, ARSENICUM, SULPHUR SILICEA; *lachesis* s'est montrée très-utile pour modifier la nature de l'écoulement.

Le fait suivant, observé par Moroche et M. Léon Simon père, sera un exemple concluant de l'efficacité de l'homœopathie pour le traitement des polypes les plus graves, et de la conduite qu'il faut tenir en pareil cas (1).

Une dame de trente-quatre ans, blonde, de constitution délicate, très-impressionnable, de tempérament lymphatico-nerveux, ayant souffert d'une affection gastralgique, et surtout de coryzas fluents très-intenses, accompagnés de fièvres et de douleurs très-vives dans les sinus frontaux et maxillaires, porteur d'une éruption papuleuse de la face, se plaignit, quelque temps après une couche, d'obstruction de la narine droite avec de fréquentes épistaxis. Cette malade rapportant ces symptômes à la présence de croûtes impétigineuses, se refusa tout d'abord à un examen direct. *Sulphur* fut ordonné ; il fit cesser les épistaxis.

Le mal fit des progrès : la narine malade devint le siége d'un écoulement continuel, abondant, ichoreux, ayant l'odeur du vieux hareng, et qui devint bientôt d'une extrême fétidité.

L'exploration de la narine ayant eu lieu, Moroche reconnut une tumeur du volume et de la forme d'une fève de marais, en partie fongueuse, en partie sarcomateuse, très-vasculaire, saignant au moindre contact;

Lachesis 30e, 2 globules, donné à sec sur la langue,

(1) Journal publié par la Société hahnemannienne de Paris, t. II, p. 492.

en une seule fois, modifia l'écoulement qui perdit peu à peu sa fétidité, devint inodore et moins abondant.

M. Léon Simon père fut, à cette époque, adjoint comme consultant; et, en même temps, l'avis de chirurgiens habiles fut réclamé par la famille. Ceux-ci décidèrent que la tumeur était bien sarcomato-fongueuse; l'un d'eux jugea même que la dégénérescence cancéreuse avait commencé. Il refusa l'opération proposée par ses deux autres collègues.

On résolut alors de continuer le traitement homœopathique, réservant l'opération comme une ressource dernière.

A cette époque, la tumeur était considérablement tuméfiée, rouge, elle obstruait complétement la narine. La malade y ressentait une chaleur brûlante et des élancements douloureux. 28 septembre 1846. *Phosph.* 200, 3 globules, donnés à sec, en une seule fois.

Ce médicament avait paru indiqué par les symptômes 374, 375, 384, 395, 396, 400, 434, 1142, 1145, 1146, 1154, 1156, de la Matière médicale de Hahnemann.

Pas de changement jusqu'au 10 octobre. A partir de ce moment, la congestion diminue, l'écoulement reste abondant, mais inodore; puis, à partir du 21 de ce mois, il diminue à son tour, et cesse le 25. A cette époque (25 octobre), la tumeur avait le volume et la forme d'une fraise de moyenne grosseur, elle était d'un rouge violacé, avait perdu son apparence fongueuse pour prendre l'aspect sarcomateux franc.

7 novembre. — L'état étant devenu stationnaire, on donne *metal. album*, 800e, 2 globules, à sec.

14. — La tumeur est réduite au volume d'un petit pois; sa teinte, au lieu d'être violacée, est devenue d'un rouge sombre.

Silicea, 200e, 2 globules, à sec.

Six semaines après l'administration de *silicea*, il n'y avait plus aucune trace de la tumeur.

On n'a pas manqué de rapporter ce fait à un hasard heureux. Il y a cependant ici plus qu'une coïncidence : ce qui le prouve, c'est que chaque médicament a produit un effet direct en rapport avec ses propriétés pathogénétiques.

Ainsi que le disent les auteurs de l'observation, au *sulphur*, on a dû la cessation des épistaxis, au *lachesis* la diminution de l'écoulement ichoreux et la disparition de sa fétidité; *phosphorus* a commencé la résolution de la tumeur, lui a enlevé ses caractères fongueux; une fois ramenée à l'état sarcomateux, *metal. album* a continué le travail de résorption et *silicea* l'a terminé.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est le chiffre des dilutions employées et la longueur du temps pendant lequel on les a laissé agir.

A cette observation, j'en ajouterai une autre dans laquelle les conditions thérapeutiques ont été différentes.

Une femme de 50 ans, épuisée, d'un tempérament lymphatique nerveux, se présenta au dispensaire au mois de mars 1855. Cette femme avait été opérée

14 ans auparavant, par Lisfranc, d'une glande au sein gauche, pour laquelle elle avait subi l'amputation de cet organe. Il n'y avait pas eu de récidive.

Cette femme se plaignait, lorsque je la vis, d'une leucorrhée muqueuse, très-abondante, souvent sanguinolente; la ménopause était terminée pour cette malade depuis six ans.

Je reconnus au toucher, que le vagin était rempli par un polype très-long, dont la grosse extrémité était tournée vers la vulve, et dont le pédicule, qui avait la grosseur du petit doigt, s'insérait sur la lèvre antérieure du museau de tanche.

15 mars. — Je donnai d'abord *sulphur*, 30e, 5 globules dans 120 grammes d'eau, une cuillerée tous les matins.

Au bout de huit jours, rien n'était changé, la leucorrhée seule était moindre.

22 mars. — *Thuja*, 24e, 6 globules, pris comme sulphur.

27 mars. — Le polype a diminué, il est plus flasque, moins rouge, semble flétri.

Thuja, 30e, 6 globules, *ut suprà*.

Lorsque la malade revint, au bout de huit jours, le polype était tombé spontanément et cette femme nous l'apportait. Il fut constaté, à l'aide du speculum, qu'il existait à la place du point d'insertion une tache rouge, nettement circonscrite, qui disparut en trois semaines, sans autre médicament.

Cette femme a souvent depuis eu recours à mes soins; il n'y a jamais eu de récidive.

C'est dans ce cas surtout, que l'on songera à invoquer la coïncidence. M. Cruveilhier n'a-t-il pas reconnu que les polypes pouvaient tomber spontanément par étranglement de leur pédicule? Ceci est vrai. Je ferai observer seulement que rien ici ne pouvait étrangler la partie la plus mince de ce polype, que cette excroissance était parfaitement adhérente au museau de tanche, quand la malade fut examinée pour la première fois; que lors du second examen, au contraire, le polype fut trouvé flétri, et qu'il fallut insister encore pour amener sa chute spontanée.

Il n'est pas possible, évidemment, de nier la guérison de quelques polypes par les seules ressources de la force vitale; mais c'est là une exception; exception tellement rare, que M. Velpeau n'a pu en citer que trois exemples puisés dans une des plus vastes pratiques chirurgicales qui fût jamais (1).

Malgré cela, ces faits ont une grande importance, car ils nous autorisent à faire intervenir la médecine dans le traitement des fibrophytes, et cela dans le but d'obtenir artificiellement et d'une manière constante, un résultat auquel la force vitale arrive à elle seule, mais d'une manière tout exceptionnelle.

Il importe donc de connaître toutes les ressources dont il nous est possible de disposer. Celles qui ont été indiquées par M. de Bœnninghausen (2), Jahr (3), Hir-

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, n° du 17 mars 1860 : *De la curabilité spontanée de quelques polypes utérins.*

(2) *Manuel de thérap.*, p. 103.

(3) *Traitement homœop. des mal. de la peau.* Paris, 1850, p. 280.

schel (1), comprennent, en outre des substances dont il a été question plus haut, *ambra*, ANTIM. CRUD., *aurum*, *belladona*, dont l'effet se borne à diminuer l'état congestif du polype, *conium* qui s'adresse surtout aux fibrophytes d'apparence carcinomateuse, *graphites*, utile seulement quand il y a une complication psorique; *hepar*, lorsque la tumeur s'enflamme; *lycopodium*, si elle est blanche, lisse d'apparence verruqueuse; *mercurius solubilis*, quand elle est enflammée et qu'elle sécrète une grande quantité de matières âcres et purulentes, *mezereum*, *natr. muriaticum*, *nitr. acid.*, quand la tumeur est mamelonnée; enfin *petroleum*, *phos. acidum*, *pulsatilla*, *sepia*, *sulphuris acidum*.

Les indications de chacune de ces substances ont grand besoin d'être précisées. Comme c'est le plus souvent à l'aide des symptômes accessoires qu'on arrive à les reconnaître, il est impossible de rien dire de plus à leur égard.

J'ajouterai seulement que *sabina* et *crocus sativus* sont les médicaments les plus utiles pour modérer les métrorrhagies auxquelles les polypes utérins donnent souvent naissance.

Tous ces médicaments, à l'exception des deux derniers qui s'adressent surtout à un accident, doivent être prescrits à des dilutions élevées, en globules, à sec ou dissous dans une potion. La répétition des doses doit toujours avoir lieu à 12 ou 24 heures d'intervalle; lorsque l'amélioration s'est prononcée, il ne faut pas répéter le médicament tant qu'elle continue.

(1) *Guide du méd. homœopathe*, p. 151 et 314.

Si elle s'arrête, il faut ou donner de nouveau le même médicament, ou en chercher un autre.

Sabina et *crocus sativus*, étant destinés à conjurer un accident redoutable, doivent être prescrits à la 12e ou à la 6e dilution, dans une potion dont le malade prend une cuillerée toutes les 4 ou toutes les 6 heures.

§ III.

VERRUES.

Les verrues se composent de petites éminences grisâtres, d'une à deux lignes de diamètre, à base large ou étroite, à surface lisse ou raboteuse et gercée.

D'après M. Cruveilhier, chaque verrue serait composée d'un groupe de papilles très-développées, juxtaposées ; chaque papille étant recouverte d'un étui épidermique ou corné. Ces groupes sont soutenus par le derme hypertrophié (1).

Les verrues contiennent toujours, dans leur épaisseur, des vaisseaux sanguins, qui donnent lieu à de petites hémorrhagies quand on les coupe.

Ces végétations sont parfois très-nombreuses, elles sont sèches, insensibles, mais deviennent douloureuses quand elles acquièrent un volume plus considérable et qu'elles se gercent. Ceci arrive surtout aux personnes qui les ont sur les doigts, et qui se trouvent dans l'obligation de mettre souvent les mains à l'eau.

M. Rayer a décrit une seconde espèce de verrues

(1) *Traité d'anat. pathologique générale.* Paris, 1856, t. III, p. 636.

composées d'éminences rougeâtres réunies par groupes allongés.

Ces verrues ne sont pas plus douloureuses que les autres; elles sont seulement plus vasculaires.

Un des caractères de ces végétations, c'est la facilité avec laquelle elles reparaissent quand on les a excisées ou cautérisées; c'est aussi la facilité avec laquelle elles se multiplient. On a même été jusqu'à dire que le sang qui s'écoule quand on les coupe, avait la puissance de faire naître des végétations semblables sur les parties qui en auraient été imprégnées. Ce fait de contagion n'a point été admis.

Traitement. — En allopathie la thérapeutique des verrues est essentiellement composée de moyens externes; en homœopathie, le docteur Muller a suivi la même voie quand il a recommandé de toucher les verrues avec un mélange de teinture mère de *veratrum* et de *thuja*. Ces médicaments ont sans doute un avantage sur les moyens chirurgicaux, en ce sens qu'ils ont une action spécifique, et qu'il est permis de supposer leur absorption à la surface de la petite tumeur; il est cependant préférable de recourir au traitement interne, celui-ci étant seul capable d'atteindre sûrement l'état diathésique.

La seule difficulté est ici de reconnaître l'agent approprié; cette difficulté tient précisément à ce que les verrues, ne s'accompagnant pas de nombreux symptômes, on est embarrassé pour choisir entre des substances analogues. Il y a cependant plusieurs médicaments dont les indications ont été parfaitement

précisées et dont l'application peut être faite à coup sûr. Le premier de tous est le LYCOPODIUM, dont l'action curative a été démontrée, par M. Léon Simon, père, en 1840 (1). Le lycopode convient exclusivement aux *verrues pédiculées et dont le sommet est fendillé.* Ces deux caractères sont absolument pathognomoniques, ainsi qu'il résulte des observations publiées dans le travail sus-indiqué. Sous l'influence du *lycopodium,* on voit la verrue se flétrir, un point noir paraît à son sommet, va toujours en s'étendant jusqu'à ce que toute la petite excroissance ait pris cette teinte. La verrue se détache alors en s'exfoliant ; elle ne laisse aucune cicatrice.

Cette marche a été la même chez tous les malades observés par M. Léon Simon père ; l'action du médicament est donc incontestable. Pour arriver à ce résultat il faut insister sur le lycopode, mais en changeant la dilution. Les globules ont toujours été suffisants. Tantôt ils étaient prescrits dans une potion dont le malade prenait une cuillerée tous les matins, ou matin et soir; tantôt ils étaient administrés à sec, au nombre de 3 à 6 tous les 3 ou 4 jours.

Dans tous ces cas, on commença par la 30e dilution, pour en venir ensuite à la 24e, à la 18e, à la 12e et à la 6e. Le traitement dura de 15 jours à 6 semaines.

Chez plusieurs de ces malades, *sulphur* fut donné avant le lycopode, mais il ne parut pas avoir d'influence réelle sur la verrue.

(1) Voy. *Journal de la doctrine hahnemannienne,* publié par le docteur Molin, t. II, p. 81.

Les verrues lisses et plates résistent au lycopode. *Dulcamara* (1) paraît leur être mieux appropriée. Il faudrait administrer ce médicament comme il a été dit pour le lycopode.

Staphysagria, suivie de *mercurius nitrosus*, a été recommandée pour les verrues filamenteuses.

En dehors de ces médicaments, il faudra consulter encore *phosphorus* et *natrum muriaticum*, quand les excroissances occuperont les mains;

Arsenicum, petroleum, sepia, quand elles donneront une sensation de brûlure très-caractérisée;

Calcarea, nitri acidum, sepia, staphysagria, si la douleur est lancinante;

Hepar sulphuris, sabina et *sulphur*, seraient utiles dans le cas où la verrue viendrait à s'enflammer;

Arsenicum, natrum carbonicum et *phosphorus*, si elles s'ulcéraient à l'origine de leur pédicule;

Arsenicum, calcarea carbonica, causticum, hepar sulphuris, silicea, thuja, si elles venaient à suppurer.

Les verrues rouges, granulées, qui sont disposées en traînées, réclament NITRI ACIDUM d'abord, puis *sulphur* et *thuja*. *Mercurius corrosivus* pourrait être également utile si elles étaient le siége d'une abondante sécrétion.

Tous ces médicaments doivent être donnés à des dilutions élevées, en globules, et à des intervalles éloignés, jamais plus de deux fois par jour quand on les fait prendre dans une potion, et plus souvent que tous

(1) Bœnninghausen, *loc. cit.*, p. 262.

les 3 ou 4 jours quand on les donne à sec. La dose peut être alors de 3 à 4 globules chaque fois.

Il y a encore bien d'autres excroissances dont le corps de l'homme peut se couvrir, depuis ces petites végétations couvertes de poils, qui se forment chez les vieillards et dont il est impossible de faire autre chose qu'une légère infirmité, jusqu'à certains *nævi* vasculaires. Mais il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de les rattacher d'une manière positive à la sycose.

Il y aurait encore la grande classe des corps fibreux, des kystes, des lipômes, des productions cornées sur la nature et le traitement desquels il y aurait beaucoup à dire; mais encore une fois, nous ne possédons pas d'observations précises nous permettant de les rattacher à la diathèse sycosique. Ces affections diverses deviendront certainement un vaste sujet d'étude sur lequel il serait déplacé d'insister ici.

Je terminerai donc ce qui a trait à l'étude des maladies vénériennes en citant une dernière observation, exemple curieux de *production cornée*.

Une femme de soixante ans, cardeuse de matelas, épuisée par le travail et les privations, se présenta au dispensaire au mois de mars 1845.

Elle portait sur le bras droit, au niveau du deltoïde, 3 cornes. La plus grosse avait le volume du petit doigt, les autres celui d'un tuyau de plume. Elles étaient recourbées sur elles-mêmes comme des cornes de chèvre, rugueuses et d'un jaune bien prononcé. Leur

longueur était de 4 centimètres pour la plus grande, de 3, ou moins, pour les autres. Entre ces cornes, il existait de petits filaments blanchâtres, tomenteux, qui pouvaient devenir, selon la malade, l'origine de cornes semblables à celles qu'elle portait; celles-ci ayant commencé de cette manière.

Ces cornes duraient depuis trois ans; elles étaient venues sur la cicatrice d'une plaie qui avait été faite pour enlever un lipôme. Jamais aucune d'elles n'était tombée.

Cette femme prit d'abord une potion de *sulphur*, 30e, 5 globules sans changement notable; puis *lycopodium*, d'abord à la 30e, ensuite à la 24e, à la 18e, à la 12e et à la 6e.

Sous l'influence de cette première série, les cornes devinrent ternes, commencèrent à s'exfolier et à devenir cassantes; enfin, au bout de six semaines, l'une d'elles tomba. C'était la plus grosse et la plus longue.

On recommença la même série de dilutions de *lycopodium*; la seconde corne se détacha dans le cours du troisième mois à partir du début du traitement; quinze jours après, la troisième s'était détachée à son tour.

Il ne restait plus sur la cicatrice du lipôme qu'une dizaine de ces petits prolongements blancs et tomenteux qui existaient dès le début. Ils n'avaient ni augmenté ni diminué.

La malade débarrassée de ses cornes, qui la gênaient pour son travail, suspendit son traitement.

Nous la revîmes un an après ; elle venait consulter pour une grippe. Le bras fut examiné et on y retrouva les rudiments filamenteux qui y étaient restés. Mais ces racines n'avaient augmenté ni en longueur ni en épaisseur.

Une fois la grippe passée, cette femme ne revint plus ; il fallut donc renoncer à compléter sa guérison.

Ce fait prouve l'analogie qui existe entre les verrues et les productions cornées : analogie pathologique, puisque les papilles qui forment les premières sont souvent recouvertes d'une enveloppe cornée ; analogie thérapeutique, puisque nous voyons un même agent, le *lycopode*, amener la chute des verrues et celle de cornes parfaitement organisées.

Y aurait-il aussi quelque lien à établir entre le lipôme, qui avait été enlevé, et les cornes qui étaient venues à la place occupée autrefois par la tumeur graisseuse ? Il serait difficile de l'affirmer en présence d'une seule observation.

Tout ce qu'il faut retenir, c'est que dans l'opinion même de M. Cruveilhier, les lipômes dépendent d'un état général, et que cet état diathésique n'a pas encore été déterminé.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

Préface v

PREMIÈRE PARTIE.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES.

CHAPITRE I. — **Considérations générales** 1
§ I. Signification de ces mots : Maladies vénériennes, syphilis 1
§ II. Notions des anciens relativement aux maladies vénériennes 5
§ III. Ce qu'était le *mal français*, à son origine 31
§ IV. Doctrines syphilographiques modernes 40
Doctrine de Hunter 40
Doctrine de Hahnemann 48
Doctrine de M. Ricord 62

CHAPITRE II. — **Syphilis chancreuse** 73
§ I. Syphilis primitive 73
§ II. Syphilis constitutionnelle 115
A. Symptomatologie 115
B. Diagnostic 128
C. Pronostic 151
§ III. Syphilis congéniale 172

CHAPITRE III. — **Blennorrhagie** 184
§ I. Existe-t-il une maladie à laquelle il faille réserver le nom de blennorrhagie? 184

§ II. La blennorrhagie type est-elle une maladie virulente? 193
§ III. Effets du virus blennorrhagique 206
§ IV. Des écoulements non blennorrhagiques 223
1. Écoulements syphilitiques 225
2. Écoulements psoriques 226
3. Écoulements sycosiques 233
4. Écoulements dus à des causes de simple irritation 238
5. Écoulements causés par de véritables médicaments 240

CHAPITRE IV. — **Sycose** 242
Conclusions 269

CHAPITRE V. — **Thérapeutique générale** 275
§ I. Prophylaxie des maladies vénériennes 275
§ II. Traitement curatif 277
A. Choix du médicament 278
Syphilisation 290
B. Mode d'administration des médicaments 296
C. Régime 306
D. Moyens auxiliaires 308

DEUXIÈME PARTIE.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALES.

CHAPITRE I. — **Syphilis** 312
ART. I. — SYPHILIS PRIMITIVE 312
Description 312
§ I. Du chancre 312
1. Chancre mou 312
2. Chancre induré 317
3. Chancre phagédénique pultacé 319
4. Chancre phagédénique gangréneux 321
5. Chancre végétant (*ulcus elevatum*) 322

§ II. Symptômes concomitants du chancre..... 323
1. Phimosis..... 323
2. Paraphimosis..... 325
3. Bubons..... 325
Bubon du chancre mou..... 325
Bubon du chancre induré..... 328
Bubon d'emblée..... 329
Traitement..... 329
§ III. Traitement des chancres primitifs..... 330
1. Chancre mou..... 331
Chez un sujet sain du reste..... 331
Chez un sujet psorique..... 337
Chez un sujet scrofuleux..... 339
Chez un sujet cachectique..... 340
Chancre mou avec phimosis ou paraphimosis.... 341
Chancre mou avec bubon..... 343
2. Chancre induré..... 348
3. Chancre phagédénique..... 355
4. Chancre gangréneux..... 361
5. Chancre végétant..... 364
6. Bubons d'emblée..... 366
ART. II. — SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE..... 368
§ I. Symptômes généraux..... 368
§ II. Syphilides..... 370
Description..... 373
1. Syphilides exanthématiques..... 373
A. Érythème maculeux (roséole)..... 373
B. Érythème papuleux..... 375
2. Syphilides papuleuses..... 376
A. Papules sèches..... 377
Papules lenticulaires..... 377
Papules coniques..... 377
Papules miliaires..... 377
B. Papules humides (rhagades)..... 380
3. Syphilides vésiculeuses..... 385
Syphilides vésiculeuses à forme de varicelle.... 385

Syphilides vésiculeuses à forme d'eczéma..... 386
Syphilides vésiculeuses à forme d'herpès..... 386
Syphilides vésiculeuses à base papuleuse..... 386
4. Syphilides bulleuses..... 388
Pemphigus..... 388
Rupia..... 389
5. Syphilides pustuleuses..... 390
Syphilides pustuleuses à forme d'acné..... 390
Syphilides pustuleuses à forme d'impétigo..... 391
Syphilides à forme d'ecthyma { superficiel.... 392
profond..... 392
6. Syphilides tuberculeuses..... 395
Tubercules secs..... 395
Tubercules ulcérés..... 396
7. Syphilides squammeuses..... 399
Pityriasis..... 400
Ichthyose..... 401
Psoriasis..... 402
Lèpre..... 402
8. Alopécie..... 402
9. Onyxis..... 402
Traitement..... 404
1. Syphilides exanthématiques..... 404
A. Érythème maculeux..... 405
B. Érythème papuleux..... 407
2. Syphilides papuleuses..... 407
A. Papules sèches..... 407
Papules lenticulaires..... 408
Papules coniques..... 408
Papules miliaires..... 408
B. Papules humides..... 408
3. Syphilides vésiculeuses..... 410
Syphilides vésiculeuses à forme de varicelle... 410
Syphilides vésiculeuses à forme d'eczéma..... 410
Syphilides vésiculeuses à forme d'herpès..... 410
Syphilides vésiculeuses à base papuleuse..... 410

4. Syphilides bulleuses..... 410
A. Pemphigus..... 410
B. Rupia..... 412
5. Syphilides pustuleuses..... 413
Syphilides pustuleuses à forme d'acné..... 413
Syphilides pustuleuses à forme d'impétigo..... 413
Syphilides à forme d'ecthyma { superficiel.... 414
profond..... 414
6. Syphilides tuberculeuses..... 414
A. Tubercules secs..... 415
B. Tubercules ulcérés..... 416
7. Syphilides squammeuses..... 417
Pityriasis..... 417
Psoriasis..... 418
Lèpre..... 419
Ichthyose..... 419
Rhagades..... 419
8. Alopécie..... 420
9. Onyxis..... 420
§ III. Des gommes..... 423
Description..... 423
Traitement..... 437
§ IV. Syphilis des membranes muqueuses..... 447
Description..... 447
A. Forme exanthématique..... 448
B. Forme papuleuse..... 448
C. Forme squammeuse..... 450
D. Forme ulcéreuse..... 451
1. Ulcère superficiel..... 451
2. Ulcère aphtheux..... 452
3. Ulcère chancreux..... 452
4. Ulcère phagédénique..... 452
5. Ulcère végétant..... 454
Syphilis de la bouche et de la gorge..... 454
Syphilis de la langue..... 456
Syphilis de l'œsophage et de l'estomac..... 462

Syphilis des intestins (dyssenterie syphilitique) 463
Syphilis du rectum..... 463
1. Induration..... 463
2. Plaques muqueuses..... 463
3. Rhagades..... 464
Syphilis des paupières..... 464
Syphilis du conduit auditif externe..... 464
Syphilis de l'oreille interne..... 464
Syphilis des fosses nasales..... 465
1. Enchifrènement..... 465
2. Coryza..... 466
3. Ozène..... 467
Syphilis du larynx..... 468
Enrouement syphilitique..... 468
Phthisie syphilitique..... 470
Syphilis des bronches, bronchite syphilitique..... 473
Syphilis des organes génito-urinaires..... 475
1. Exanthème..... 475
2. Plaques muqueuses..... 475
3. Ulcérations..... 477
Syphilis de l'urètre..... 478
Syphilis de la vessie..... 479
Traitement..... 480
A. Forme exanthématique..... 482
B. Plaques muqueuses..... 485
C. Ulcères..... 491
1. Ulcères superficiels..... 492
2. Ulcères aphtheux..... 493
3. Ulcères chancreux..... 495
4. Ulcères phagédéniques..... 496
5. Ulcères végétants..... 497
D. Tumeurs gommeuses..... 497
Symptômes de la bouche et de la gorge..... 498
Des amygdales..... 498
a. Plaques muqueuses superficielles..... 498
b. Plaques muqueuses profondes..... 499

c. Ulcères 499
Voile du palais 501
a. Érythème 501
b. Ulcères 502
Face interne des joues 503
a. Exanthème 503
b. Plaques muqueuses 504
c. Ulcères superficiels 504
d. Ulcères aphtheux 504
e. Ulcères chancreux 504
f. Ulcères phagédéniques 504
g. Ulcères gangréneux 505
h. Tumeurs gommeuses 505
Gencives 505
a. Érythème fongueux 505
b. Ulcères 506
Langue 506
a. Plaques muqueuses 506
b. Tumeurs gommeuses 507
Intestins (dyssenterie) 507
Rectum 510
a. Indurations 510
b. Plaques muqueuses 510
c. Ulcérations (rhagades) 510
Paupières 511
Fistule lacrymale 511
Oreilles 512
a. Cophose 512
b. Otorrhée 512
Fosses nasales 513
a. Enchifrènement 513
b. Coryza 513
c. Ozène 514
Voies aériennes 515
a. Enrouement 515
b. Phthisie laryngée syphilitique 515

c. Bronchite syphilitique..... 516
Organes génitaux..... 516
Écoulement syphilitique de l'urètre..... 517
§ v. Syphilis des ganglions lymphatiques..... 517
Description..... 517
Traitement..... 519
§ vi. Syphilis des muscles et des tendons..... 521
Description..... 521
1. Rhumatisme syphilitique..... 521
2. Panaris syphilitique..... 521
3. Contracture syphilitique..... 523
4. Tumeurs gommeuses des muscles..... 524
Traitement..... 525
1. Du rhumatisme syphilitique..... 525
2. Du panaris..... 526
3. De la contracture..... 527
4. Des tumeurs gommeuses..... 527
§ vii. Syphilis des os..... 528
Description..... 528
1. Douleurs ostéocopes..... 528
2. Périostose..... 531
a. Périostose gommeuse..... 531
b. Périostose phlegmoneuse..... 531
c. Périostose plastique..... 532
3. Exostoses..... 533
a. Exostose épiphysaire..... 533
b. Exostose éburnée..... 533
c. Carie et nécrose..... 536
Traitement..... 536
A. Douleurs ostéocopes..... 538
B. Périostose..... 541
C. Exostoses..... 543
D. Carie et nécrose..... 544
§ viii. Syphilis du système nerveux..... 546
Description..... 546
1. Névralgies..... 549

2. Affections convulsives..... 551
Traitement..... 553
A. Névralgies..... 553
B. Affections convulsives..... 555
§ IX. Syphilis des parenchymes..... 557
A. Iritis..... 557
Description..... 557
Traitement..... 560
B. Phthisie syphilitique..... 563
C. Ictère syphilitique..... 565
Description..... 565
Traitement..... 567
D. Gommes du cœur..... 567
E. Sarcocèle syphilitique..... 568
Description..... 568
Traitement..... 572
ART. III. — TRAITEMENT DES SYMPTOMES MERCURIELS..... 574
ART. IV. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE..... 578
Description..... 578
A. Symptômes de la peau..... 579
B. Symptômes des membranes muqueuses..... 582
C. Symptômes du système osseux..... 583
D. Symptômes des viscères..... 584
E. Symptômes généraux..... 586
F. Syphilis héréditaire larvée..... 587
Traitement..... 588
CHAPITRE II. — **Blennorrhagie**..... 590
ART. I. — BLENNORRHAGIE PRIMITIVE..... 590
§ I. Description..... 590
1. Blennorrhagie du gland et du prépuce (balanite, posthite)..... 591
2. Blennorrhagie urétrale..... 594
A. Chez l'homme..... 594
Cystite..... 596
Néphrite..... 596
Orchite (épididymite)..... 597

Bubons..... 600
Cordée..... 601
Prostatite..... 602
Blennorrhagie sèche..... 605
B. Chez la femme..... 607
3. Blennorrhagie de la vessie et du vagin..... 607
Granulations..... 610
4. Blennorrhagie de l'anus..... 611
5. Blennorrhagie des paupières (ophthalmie blennorrhagique)..... 612
6. Blennorrhagie de la pituitaire (coryza blennorrhagique)..... 615
7. Blennorrhagie de l'oreille (otite blennorrhagique). 615
8. Blennorrhagie de la muqueuse buccale (stomatite blennorrhagique)..... 616
§ II. Traitement de la blennorrhagie primitive..... 617
Traitement préventif..... 617
Traitement abortif..... 618
Traitement curatif..... 618
1. Balanite et posthite..... 622
2. Blennorrhagie urétrale, chez l'homme..... 625
1. Ischurie, dysurie, strangurie..... 636
2. Rétention d'urine..... 637
3. Priapisme, cordée..... 637
4. Hématurie..... 637
1. Cystite blennorrhagique..... 638
2. Néphrite..... 639
3. Épididymite..... 639
4. Abcès péri-urétraux..... 642
5. Lymphangite..... 643
6. Bubon..... 643
7. Prostatite..... 643
3. Blennorrhagie urétrale, chez la femme..... 644
4. Blennorrhagie de la vulve et du vagin..... 644
5. Blennorrhagie de l'anus..... 645
6. Blennorrhagie de la pituitaire, du conduit audi-

tif, de la muqueuse buccale..... 645
7. Blennorrhagie de la conjonctive oculo-palpébrale (ophthalmie blennorrhagique)..... 645
8. Écoulements urétraux non blennorrhagiques.... 647
§ III. Blennorrhagie consécutive..... 648
Description..... 648
Sensations perverties de l'urètre..... 648
Irritabilité de la vessie..... 650
1. Rétrécissements de l'urètre..... 650
2. Engorgement de la prostate..... 659
3. Blennorrhée, chez l'homme..... 662
4. Blennorrhée, chez la femme (granulations)..... 665
5. Blennorrhée des paupières, du rectum, etc..... 669
6. Engorgement du cordon testiculaire et de l'épididyme..... 669
7. Engorgement de l'ovaire..... 671
8. Priapisme..... 671
9. Cordée persistante..... 672
10. Pollutions..... 672
11. Pertes séminales..... 672
12. Ophthalmies blennorrhagiques consécutives.... 673
13. Rhumatisme blennorrhagique..... 675
§ IV. Traitement des accidents blennorrhagiques consécutifs..... 678
A. Sensations perverties de l'urètre..... 678
B. Irritabilité de la vessie..... 682
C. Rétrécissements de l'urètre..... 684
1° Rétrécissements spasmodiques..... 684
2° Rétrécissements organiques..... 685
D. Engorgement et induration de la prostate..... 686
E. Blennorrhée urétrale..... 688
F. Blennorrhée du gland et du prépuce..... 691
G. Blennorrhée vaginale..... 692
H. Engorgement du cordon spermatique et de l'épididyme..... 693
I. Engorgement de l'ovaire..... 694

J. Priapisme..... 694
K. Cordée persistante..... 694
L. Pollutions..... 695
M. Pertes séminales..... 695
N. Impuissance..... 696
O. Ophthalmies..... 697
P. Rhumatisme..... 698
CHAPITRE III. — **Sycose**..... 701
§ I. Des végétations..... 701
Description..... 701
Traitement..... 705
§ II. Polypes..... 713
Description..... 713
Traitement..... 717
§ III. Verrues..... 725
Description..... 725
Traitement..... 726
Productions cornées..... 729

FIN DE LA TABLE.

CORBEIL, typ. et stér. de CRÉTÉ.